



Palliative Care in COVID-19 Pandemic



สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
และ
ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

Palliative Care in COVID-19 Pandemic

จัดพิมพ์โดย: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ชั้น 18 อาคารสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชมราชชนนีอนุสรณ์ (สว 1)

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-366655 โทรสาร 043-366657 มือถือ 094-0184301

Email : thapsocie@gmail.com

www.thaps.or.th

พิมพ์ครั้งที่ 1: พฤษภาคม 2563

จำนวน: 500 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.

Palliative care in COVID-19 pandemic.-- ขอนแก่น : สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, 2563.
96 หน้า.

1. การติดเชื้อไวรัสโคโรนา--การดูแล. 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย--การดูแล.
3. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ. I. ชื่อเรื่อง.

616.91

ISBN 978-616-91867-8-6

พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 232/199 ม.6 ต.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง

อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทร. 043-466444 แฟกซ์. 043-466863

E-mail : klungpress@hotmail.com



Palliative Care in **COVID-19 Pandemic**

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

และ

ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย



คำนำ

ผมรู้สึกเป็นเกียรติและยินดีเป็นอย่างยิ่ง เมื่อทราบว่า ทางสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีกรรมการส่วนหนึ่ง ร่วมเป็นคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบประกาศนียบัตรแพทยสภา สาขาย่อย เวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง ที่รับผิดชอบโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและคณะกรรมการดังกล่าวได้ร่วมกันจัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นแนวทางแก่แพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้การบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ภายหลังจากมีสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 ซึ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ใหญ่หลวงต่อวงการแพทย์ สาธารณสุข และสังคมเศรษฐกิจทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นสาขาวิชาชีพที่ต้องดำเนินงานด้านนี้อย่างใกล้ชิดกับคนไข้ ญาติและสหวิชาชีพในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งมีบริบทด้านพื้นที่ วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องปรับการให้บริการให้เหมาะสม สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีความเป็นอยู่ของคนไข้และญาติ ในฐานะตัวแทนของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย มีความมั่นใจว่าคู่มือฉบับนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางหลักที่ตรงกันในการให้บริการที่หลากหลายเหล่านั้น อันเป็นสิ่งที่ทำให้ความมั่นใจแก่ประชาชนว่าจะได้รับบริการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและหลักฐานทางการแพทย์ที่ทันต่อสถานการณ์ต่างๆทั้งในระดับสากลและในประเทศที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ขอขอบพระคุณและขอแสดงความยินดีกับสมาคมฯ และคณะผู้เรียบเรียงคู่มือฉบับนี้มา ณ ที่นี้

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

คำนำ

สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ก่อให้เกิดความโกลาหลในระบบสุขภาพของประเทศอย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน การเตรียมรับมือกับโรคระบาดที่มีอัตราการติดต่อย่างรวดเร็วจึง การเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องใช้ทรัพยากรด้านการดูแลระยะวิกฤติ รวมถึงการจัดเตรียมการเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การบริหารจัดการมีความซับซ้อนและต้องใช้ทรัพยากรมากมาย ในประเทศที่เผชิญกับการระบาดอย่างรุนแรงและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สถานการณ์นี้ทำให้เห็นความจำเป็นของการดูแลประคับประคอง

การดูแลประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยมีองค์ประกอบของการดูแลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทุกข์ทรมานชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะทำได้ โดยการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดูแลจิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลสนับสนุนครอบครัวและการดูแลภาวะโศกเศร้าสูญเสีย ในสภาวะภัยพิบัติการระบาดของโรคซึ่งมีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีการสูญเสียชีวิต การดูแลประคับประคองจึงมีบทบาทในการดูแลและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบ

ผู้ที่มีความเปราะบางมากในสภาวะโรคระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง/โรคร่วม เหล่านี้เป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบาง มีความต้านทานต่ำ เมื่อติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตสูง ทีมดูแลประคับประคองมีความเชี่ยวชาญในการสื่อสารให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการช่วยครอบครัววางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งในกรณีการติดเชื้อ COVID-19 อาจมีอาการรุนแรงและบางส่วนจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการรักษาที่รุกรานหนักหน่วงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการป่วยจากการติดเชื้อ COVID-19 จำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อวางแผนขอเขตการรักษา ในที่นี้รวมถึงผู้ป่วยที่แข็งแรงดีด้วย การทำงานด้านการสื่อสารที่ซับซ้อนของทีมดูแลประคับประคองจะช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ รวมถึงช่วยแบ่งเบาภาระของทีมดูแลภาวะวิกฤติที่ดูแลผู้ป่วย

ในผู้ป่วยที่เลือกไม่เข้าสู่การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการจัดการอาการให้สุขสบายและตายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงผู้ป่วยที่เข้าสู่การรักษาใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว อาการรุนแรงจนเสียชีวิตก็ต้องได้รับการจัดการอาการในระยะเสียชีวิตไม่ให้ทุกข์ทรมาน การดูแลครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญ เนื่องจากครอบครัวรับทราบความร้ายแรงของโรค การดูแลรักษาจำเป็นต้องกักกันตัวเพื่อป้องกันการติดต่อ บางครั้งครอบครัวอาจไม่มีโอกาสเยี่ยม รวมถึงไม่มีโอกาสสื่อสารตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วยและรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนถึงในช่วงเสียชีวิต ซึ่งสร้างความวิตกกังวลและความโศกเศร้าสูญเสียแก่ครอบครัวอย่างร้ายแรง การดูแลประคับประคองจึงมีความสำคัญในสภาวะการระบาดจาก COVID-19

แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในสถานการณ์โรคระบาดจาก COVID-19 นี้จัดทำเพื่อให้ทีมดูแลประคับประคอง แพทย์ พยาบาลทั่วไป และสหสาขาอื่นใช้เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 และครอบครัว

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คำนำ	
ประธานราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	2
นายกสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย	3
1. สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกและในประเทศไทย	6
รศ.พญ.นงลักษณ์ คณิตทรัพย์ แพทย์ ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	
2. ความสำคัญของการดูแลประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19	7
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
3. การเตรียมการด้านการดูแลประคับประคองเพื่อรับมือกับการระบาดของ COVID-19	11
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
4. การตัดสินใจในภาวะภัยพิบัติและการคัดแยกผู้ป่วยในภาวะโรคระบาด COVID-19	14
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
5. การดูแลตนเองของบุคลากรที่ดูแลประคับประคอง	18
พญ.ประถมภรณ์ จันทร์ทอง, นพ.ภิญโญ ศรีวีระชัย แพทย์ ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	
6. การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลประคับประคอง	22
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
7. การจัดการอาการผู้ป่วยประคับประคองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19	26
นพ.อรรถกร รักษาสัตย์ แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
8. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	32
ผศ.นพ.กิติพล นาควิโรจน์ อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	
9. การตัดสินใจทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดในสถานการณ์ COVID-19	37
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	

สารบัญ (ต่อ)

หัวข้อ	หน้า
10. การทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าในสภาวะการระบาดของเชื้อ COVID-19 รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	46
11. การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19 รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	52
12. การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ในระยะใกล้เสียชีวิตโดยใช้ Integrated Care Pathway (ICP) นางปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ พยาบาล ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	61
13. แนวทางการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ COVID-19 นส.วีรมลล์ จันทดี, นส.รัสรินทร์ เสถียรภทรนันท์ นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์ชีวาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	70
14. การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และการจัดการศพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 นพ.อรรถกร รักษาสัตย์ แพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	76
15. การดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ โรงพยาบาลแม่สอด จ.ตาก ผศ.นภา หลิมรัตน์ จิตอาสา ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	83
16. แนวปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วย COVID-19 นพ.ดร.สกล สิงหะ แพทย์ ศูนย์ชีวันตาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	87
17. การใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine/telehealth) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	91
18. บทบาทของชุมชนในสถานการณ์โรคระบาด นส.วรรณ จารุสมบูรณ์ กลุ่ม Peaceful Death	94

สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกและในประเทศไทย

ตั้งแต่ต้นปีพ.ศ. 2563 ที่เริ่มมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส Corona-2019 หรือ COVID-19 โดยพบรายงานโรคปอดอักเสบติดเชื้อที่ไม่ทราบสาเหตุที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ครั้งแรกเมื่อ 31 ธันวาคม 2562 และต่อมาเกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วลุกลามไปหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย ในปลายเดือนมกราคม 2563 World Health Organization ได้ประกาศให้ชื่อเชื้อไวรัสชนิดนี้ว่า COVID-19 ย่อมาจาก CO คือ corona, VI คือ virus, D คือ disease และ 19 คือ 2019 หรือหมายถึง “coronavirus disease starting in 2019” นั่นเอง¹ จนถึงปัจจุบันเกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลกและเกิดการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว ในบางประเทศมีความรุนแรงและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนมาก ได้แก่ จีน อิตาลี สเปน สหราชอาณาจักร และประเทศกลุ่มยุโรปหรือทวีปอื่นๆ รวมทั้งสหรัฐอเมริกาซึ่งจนถึงปัจจุบันเป็นประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุดและเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดด้วย เนื่องจากเป็นเชื้อที่อุบัติใหม่จึงยังขาดองค์ความรู้และไม่มียาที่ใช้รักษาจำเพาะ

ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงในราชกิจจานุเบกษา² เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 ที่ผ่านมา ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาต้องรับมือกับโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ต้องเพิ่มขีดความสามารถเพื่อให้บริการวิกฤต COVID-19 นี้อย่างเร่งรีบ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและอัตราการตาย แม้ว่าประเทศไทยจะมีการควบคุมโรคได้ดีในระดับหนึ่งและมีอัตราการตายไม่สูงมาก แต่ก็กระทบกับการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยทั่วไปได้รับผลกระทบเช่นกัน ที่สำคัญด้านเศรษฐกิจสังคมที่ตามมาได้รับผลกระทบอย่างใหญ่หลวงทั่วโลก

Coronaviruses ประกอบด้วยหลายสายพันธุ์ ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ทำให้เกิดอาการรุนแรง โดยอาจมีอาการแบบไข้หวัด แต่มีสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงที่เคยมีการระบาดมาแล้วได้แก่ Middle East Respiratory Syndrome (MERS) และ Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) coronavirus เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งเรายังไม่มีข้อมูลมากพอเกี่ยวกับอาการและการรักษา จึงเป็นปัญหาในการจัดการ

การแพร่กระจายเกิดจากการสูดดม สัมผัสเชื้อซึ่งออกมาจากทางเดินหายใจของผู้ติดเชื้อ โดยเชื้อจากสิ่งคัดหลั่งที่การแพร่กระจายออกมาขณะพูด ไอหรือจาม เชื้อแพร่ในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (droplet) และขนาดเล็ก (เล็กกว่า 5 ไมครอน เรียกว่า aerosol) ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดได้สูดดม เข้าไปในทางเดินหายใจ หรือการสัมผัส เช่น การจับมือกันหรือมือจับของผู้ใช้สาธารณะร่วมกัน แล้วมาสัมผัสจมูกหรือตาตนเอง

อาการและความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 นี้ขึ้นกับอายุ โรคประจำตัว หรือสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแต่ละราย โอกาสของการติดเชื้อแล้วมีอาการรุนแรงไม่มากหรืออัตราการตายไม่สูงนัก และแม้จะเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนในระยะแรก แต่การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทุกคน ควรได้รับการรักษาที่ดีที่สุดเช่นเดียวกับโรคอื่นๆ รวมไปถึงการที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องระวังตนเองรวมถึงญาติของผู้ป่วยไม่ให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการรับเชื้อและต้องกลายเป็นผู้แพร่เชื้อต่อ หรือหากผู้ป่วยโควิด-19 มีแนวโน้มเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็ควรมีสติในการได้รับการดูแลระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เช่นกัน

References:

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers. [cited 2020 April 1]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19> [cited April 1, 2020].
2. ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ ๔๘ ง. เล่มที่ ๑๓๗. ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓.

ความสำคัญของการดูแลประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19

ในสถานการณ์ภัยพิบัติการตอบสนองทางสาธารณสุขเป็นหัวใจสำคัญที่จะลดอัตราการตายและผลกระทบ เนื่องจากภาวะภัยพิบัติเป็นสภาวะที่มีคนได้รับผลกระทบจำนวนมากและส่วนใหญ่เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นแปรตามความพร้อมในการรับมือและการตอบสนองที่เด็ดขาดรวดเร็ว การตอบสนองต่อภัยพิบัติส่วนใหญ่มุ่งเน้นเรื่องของการช่วยชีวิตให้มากที่สุด การจัดการเรื่องอาหาร ที่พัก การป้องกันการระบาดและอื่นๆ¹ เรื่องของการบรรเทาความทุกข์ทรมานอาจถูกละเลย ปัจจุบัน World Health Organization ได้ให้ข้อเสนอแนะให้ผสมผสานการดูแลประคับประคองและการจัดการอาการเข้าในการดูแลจัดการภาวะภัยพิบัติ²

ประชากรของประเทศส่วนใหญ่ปัจจุบันเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีประชากรสูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายมักมีระยะรอดชีวิต 6-12 เดือน³ ในกรณีภัยพิบัติ ผู้ป่วยกลุ่มระยะท้ายและผู้สูงอายุมักเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด เพราะมีความเปราะบาง กรณีมีการติดเชื้อโรคระบาดจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะการติดเชื้อ COVID-19⁴

World Health Organization ได้ให้คำนิยามของการดูแลประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ⁵

การดูแลประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็นในกรณีภัยพิบัติและโดยเฉพาะกรณีภัยพิบัติจาก COVID-19 ซึ่งจะเจ็บป่วยด้วยอาการทางระบบหายใจ ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะปอดอักเสบและในรายรุนแรงอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาที่เปราะบางคือในกรณีที่มีความต้องการใช้มีมากกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ ตัวอย่างที่เกิดขึ้นในประเทศอิตาลีและสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ป่วยหนักจำนวนมาก บางครั้งแพทย์อาจต้องขังใจว่าจะแบ่งปันทรัพยากรอย่างไร แพทย์อาจต้องตัดสินใจใช้ทรัพยากรให้ได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยกลุ่มระยะท้ายและผู้สูงอายุอาจไม่มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการที่ดี ได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลครอบครัวด้านจิตใจไม่ให้รู้สึกว่าการที่รักถูกทอดทิ้ง การไม่มีโอกาสเยี่ยมและสื่อสาร พูดคุยก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการไม่มีโอกาสจัดการงานศพตามประเพณีอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของครอบครัว ผู้สูญเสียอย่างมากมาย ในสภาวะนี้นอกจากการดูแลในระยะวิกฤติ การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทที่สำคัญ โดยทีมดูแลประคับประคองสามารถช่วยในการสื่อสารบอกข่าวร้าย ช่วยผู้ป่วยและครอบครัววางแผนดูแลล่วงหน้า ช่วยจัดการอาการปวด หอบเหนื่อย ช่วยประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว ที่สำคัญถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ทีมดูแลประคับประคองสามารถช่วยในการจัดการอาการหอบเหนื่อย กระวนกระวายในระยะใกล้เสียชีวิต ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสุขสบาย นอกจากนี้ทีมยังช่วยประคับประคองจิตใจครอบครัว ช่วยดูแลให้ครอบครัวให้สามารถเผชิญกับความสูญเสีย

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในสภาวะภัยพิบัติ⁶

- ผู้ป่วยทุกคนต้องเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง
- มุ่งเน้นการดูแลตัวตนผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ สุขสบายร่วมกับการรักษาทางการแพทย์
- ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานโดยการจัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยการจัดการความปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน กระวนกระวาย

- ให้การดูแลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และดูแลตามแนวทางความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรม
- ในบางสถานการณ์ในภาวะภัยพิบัติฉุกเฉินที่มีภาวะทรัพยากรจำกัด การดูแลแบบประคับประคองอาจเป็นทางเลือกเดียวที่สามารถให้แก่ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยต้องไม่ถูกทอดทิ้ง แม้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลแต่ยังคงต้องได้รับการดูแลจัดการอาการให้สุขสบาย รวมถึงไม่ทำ euthanasia หรือเร่งการตาย ซึ่งไม่ใช่หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง แม้ในบางกรณีอาจมีการใช้ยาจัดการอาการที่ควบคุมลำบากซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น แต่ก็ยังเป็นผลข้างเคียงที่ยอมรับได้ตามหลักการทางจริยศาสตร์ (Doctrine of Double Effect)⁷

บทบาทของทีมดูแลประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยในภาวะการณาระบาดของ COVID-19²

เนื่องจากทีมประคับประคองมีความเชี่ยวชาญในการประเมินและจัดการอาการ การประคับประคองจิตสังคม และจิตวิญญาณ การเชื่อมต่อการดูแล นอกจากนี้ทีมดูแลประคับประคองยังมีความเชี่ยวชาญในการสื่อสาร ทีมดูแลประคับประคองจะเข้ามาเสริมการทำงานของทีมสุขภาพที่ดูแลภาวะวิกฤติ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม บทบาทของทีมดูแลประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ครอบคลุมดังนี้

- การค้นหาความเข้าใจโรค พยากรณ์โรค ความวิตกกังวล การมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย
- การตอบสนองที่ไวต่อวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
- การสื่อสารบอกข่าวร้าย
- การให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล
- การใช้เครื่องพยุงชีพที่เหมาะสมกับสถานการณ์
- การจัดการอาการในระหว่างการยุติถอนเครื่องพยุงชีพ
- ให้การประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อดีของการดูแลประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิต ทำงานแบบสหสาขา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลประคับประคองไม่จำกัดว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย บางครั้งอาจเป็นการดูแลระยะสั้น เช่นในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรงอาจมีโอกาเสียชีวิต ทีมดูแลประคับประคองอาจมาร่วมดูแล แต่ถ้าผู้ป่วยรอดชีวิตและอาการดีขึ้นผู้ป่วยอาจเข้าสู่การดูแลแบบ intermediate หรือ long-term care ต่อไป แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในการดูแลของทีมประคับประคองมักเป็นผู้ป่วยที่มีโรคที่จำกัดอายุขัย อาจมีเวลารอดชีวิต 6-12 เดือน และทีมให้การดูแลประคับประคองจนกว่าเสียชีวิต องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลประคับประคองคือ

การจัดการอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หอบเหนื่อย สับสน ฯลฯ โดยการประเมินอย่างทั่วถ้วนและให้การจัดการอาการด้วยวิธีการใช้ยา และการไม่ใช้ยา ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรง มักมีอาการไอ เจ็บหน้าอก หายใจหอบ จำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการ และโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

การสื่อสารให้ข้อมูลที่ตรงจริง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางเป้าหมายการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับกรณีที่ผู้ป่วยอาจไม่มีการรับรู้และไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ การวางแผนดูแลล่วงหน้ามักครอบคลุมไปจนถึงการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต การใช้เครื่องพยุงชีพและการกู้ชีพ และสามารถกำหนดหรือแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในสถานการณ์การระบาดของ

COVID-19 มีความสำคัญที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ทุกคนต้องวางแผนเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพไว้ล่วงหน้า เพราะมีโอกาสที่โรคอาจมีอาการรุนแรงที่จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงชีพต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยระยะท้ายที่มีสมรรถนะถดถอย

การให้การประคับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากข่าวสารที่ได้รับทำให้ประชาชนรับรู้ว่าการติดเชื้อ COVID-19 จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ตัวในโรงพยาบาล ครอบครัวไม่สามารถเยี่ยมได้ รวมถึงขั้นตอนการดูแลบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องจำกัดการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความโดดเดี่ยว ความกลัววิตกกังวล ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลมักมีภารกิจในการดูแลมากจนไม่มีเวลาที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารโดยตรงทำได้ลำบาก ทีมดูแลประคับประคองสามารถแบ่งเบาทีมที่ให้การดูแลหลัก โดยการจัดระบบสื่อสารโดยระบบ video call ช่วยให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่อาการหนักอาจช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีโอกาสประคับประคองจิตใจ

การประคับประคองครอบครัว การติดเชื้อ COVID-19 เป็นสิ่งที่สร้างความหวาดกลัว วิตกกังวลแก่ครอบครัว ซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีโอกาสติดต่อสูง และเป็นโรคที่รู้สึกว่ายอันตรายมีโอกาสเสียชีวิต ครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย การดำเนินโรค แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค นอกจากนี้ครอบครัวอาจเกิดความกลัวการติดเชื้อไม่ทราบวิธีดูแลตนเอง วิธีการกักตัว และสังเกตอาการ ทีมดูแลประคับประคองสามารถเข้ามาช่วยการสื่อสารนี้ได้ ที่สำคัญการติดเชื้อนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีโอกาสพูดคุยเยี่ยมเยียน และกรณีป่วยหนักต้องได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอาจไม่ได้มีโอกาสพบผู้ป่วยอีกเลย และกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ครอบครัวไม่มีโอกาสอยู่กับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่มีโอกาสเห็นศพ ไม่สามารถทำพิธีตามความเชื่อ และไม่มีโอกาสกล่าวคำอำลา สร้างความโศกเศร้าสูญเสียแก่ครอบครัวอย่างรุนแรง ทีมดูแลประคับประคองสามารถประสานความช่วยเหลือในการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับครอบครัวด้วยระบบ video call หรือแม้ให้มีโอกาสกล่าวคำอำลา ทีมยังให้การดูแลความโศกเศร้าสูญเสียแก่ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนช่วยเหลือทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยสามารถให้คำปรึกษาการจัดการอาการ ช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องของการบอกข่าวร้าย การวางแผนเป้าหมายและแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า การสื่อสารและให้การสนับสนุนแก่ครอบครัว

กลุ่มประชากรในภาวะการระบาดของ COVID-19 ที่จำเป็นต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง²

ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้จำเป็นต้องมีทีมดูแลประคับประคองเข้าร่วมดูแล

ผู้ป่วยที่เปราะบาง สูงอายุ มีโรคร่วมระยะรุนแรง ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 ในรายที่รุนแรงมีภาวะการหายใจล้มเหลวอาจต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพอื่นๆ แต่จากความเปราะบางของผู้ป่วยโอกาสรอดชีวิตอาจมีน้อยกว่าคนปกติ และเป็นการรักษาที่หนักหน่วงใช้เวลาในเครื่องพยุงชีพและในหอผู้ป่วยวิกฤตหลายสัปดาห์ มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถหายจากเครื่องช่วยหายใจได้ รวมถึงอาจมีสมรรถนะที่ถดถอยลงต้องพึ่งพิง การสื่อสารอย่างทั่วถ้วนเพื่อช่วยผู้ป่วยวางแผนขอเขตการรักษาในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการไว้ล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทีมดูแลประคับประคองจะมีบทบาทในการช่วยสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้การประคับประคองจิตใจ โดยทั่วไปผู้ป่วยระยะท้ายมักไม่ต้องการการรักษาที่รุกราน และมักเลือกการดูแลให้สุขสบาย

ผู้ป่วยอาการหนักที่คาดว่าจะเสียชีวิต แม้โรคของผู้ป่วยจะไม่สามารถรักษาได้ โดยมนุษยธรรมผู้ป่วยต้องไม่ถูกทอดทิ้ง แต่ต้องได้รับการดูแลให้สุขสบาย การปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่กำลังจะตายเป็นการตอบสนองทางมนุษยธรรมในภาวะวิกฤติจากภัยพิบัติ ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตควรได้รับการดูแลในสถานที่สงบ ในสถานการณ์

ปกติครอบครัวควรอยู่กับผู้ป่วย แต่ในสถานะการติดเชื้อ COVID-19 ครอบครัวจะไม่ได้รับอนุญาตให้เฝ้า เนื่องจากความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ทีมดูแลประคับประคองสามารถช่วยในการสื่อสาร ให้มีโอกาสบอกกล่าวโดยอาจสื่อสารผ่านทาง video call ช่วยประคับประคองครอบครัวให้เตรียมรับกับความสูญเสีย การจัดการอาการหอบเหนื่อยกระวนกระวายอย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้การดูแลประคับประคองมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลภาวะวิกฤติ

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติและใช้เครื่องช่วยหายใจจากกรณีทรัพยากรมีความจำกัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลอย่างอ่อนโยนให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่รู้สึกรำคาญ ทอดทิ้ง การสื่อสารให้เข้าใจความจำเป็นของสถานการณ์ ประคับประคองครอบครัว

ในภาวะภัยพิบัติทุกชนิดเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองเคียงคู่กับการดูแลช่วยชีวิตเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ได้รับผลกระทบ จึงควรมีการเตรียมพร้อมและมีการเตรียมการอยู่ในแผนการรับมือภัยพิบัติของประเทศ

เอกสารอ้างอิง:

1. Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf>.
2. World Health Organization. Integrated palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises. February 24, 2018 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>
3. Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020 February 24 (Epub ahead of print).
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care. 2005 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
6. Minnesota Health Department. Patient care strategies for scarce resource situations, Version 5. April 2020 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/standards.pdf>
7. Shaw AB. Two challenges to the double effect doctrine: euthanasia and abortion. J Med Ethics 2002;28:102-4.

การเตรียมการด้านการดูแลประคับประคองเพื่อรับมือกับการระบาดของ COVID-19

การเตรียมการเป็นหัวใจสำคัญของการรับมือกับโรคระบาด ในระยะแรกเริ่มควรมีการประเมินสถานการณ์และเตรียมตัว ควรตั้งรับในทุกระดับตั้งแต่สถานการณ์ที่ไม่รุนแรงจนถึงระดับ worse-case scenario เพราะไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

การเตรียมการด้านการดูแลประคับประคองเพื่อรับมือกับการระบาดของ COVID-19

การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยพิบัติ ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทีมดูแลประคับประคองต้องมีการเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเหล่านี้ได้ปรับจากบทความ Palliating a pandemic: “All patients must be cared for”¹ โดยผู้เขียนได้ปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย

1. ด้านเครื่องมือ เวชภัณฑ์ แผ่นพับให้ความรู้ที่จำเป็น

- ยาที่จำเป็นในการจัดการอาการที่พบบ่อย ซึ่งได้แก่
 - Opioid สำหรับอาการปวดและหอบเหนื่อย
 - Midazolam สำหรับอาการหอบเหนื่อย, agitation, terminal delirium
 - Haloperidol สำหรับอาการคลื่นไส้/อาเจียน และ delirium
 - Hyoscine hydrobromide หรือ 1% Atropine eye drop สำหรับจัดการเสมหะในระยะใกล้เสียชีวิต (death rattle)

ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ขอนแก่นได้ทำการคาดการณ์อัตราการเสียชีวิตที่มีความสำคัญในการจัดการภาวะหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ภาวะช็อค โดยผู้ป่วยหนึ่งรายในหนึ่งสัปดาห์อาจจำเป็นต้องใช้ยาดังต่อไปนี้ เพื่อการจัดการอาการหอบเหนื่อยในระยะใกล้เสียชีวิต (terminal dyspnea)

- | | |
|---------------------------------|---------|
| - Morphine injection (10mg/amp) | 25 amp |
| - Midazolam injection (5mg/amp) | 100 amp |
| - Haloperidol (5mg/amp) | 25 amp |
| - Hyoscine HBr (20mg/amp) | 40 amp |

ควรมีการเช็ค stock ว่ายังมีพอเพียง

- อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นได้แก่
 - Butterfly needle no.25 สำหรับการให้ยาทางใต้ผิวหนัง
 - Syringe pump/syringe driver, disposable syringe pump, extension tube
 - เครื่องมือต่างๆ: assessment tools (pain, delirium), guideline/protocol, pre-printed medical order sheet, record forms, etc.
 - แผ่นพับให้ความรู้ได้แก่: การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่บ้าน, การป้องกันการติดเชื้อ, การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต, การดูแลหลังการตาย, การดูแลหลังการสูญเสีย
2. บุคลากร เนื่องจากในสถานะฉุกเฉินที่ต้องการกำลังคนจำนวนมาก มีความเป็นไปได้ที่บุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลประคับประคองจะถูกกำหนดให้ไปทำหน้าที่อื่นหรือช่วยงานในส่วนอื่น ทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรที่จะดูแลด้านประคับประคอง อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ COVID-19 ที่ผู้ป่วยระยะท้ายอาจไม่สามารถเข้าสู่การรักษาตามแนวทางการใช้เครื่องพุงซีฟได้ ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการจัดการ

อาการที่ดี ให้เสียชีวิตอย่างสงบสบาย รวมถึงการเยียวยาครอบครัวที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงเครื่องพยุงชีพต่างๆ ได้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับรู้ถึงทุกข์ทรมานทั้งหมด รวมถึงควรมีการเยียวยาความสูญเสีย

- ค้นหาบุคลากรที่สามารถเข้ามาช่วยด้านการดูแลระดับประคอง เช่น PC ward nurse ในหอผู้ป่วยต่างๆ ที่อาจมาช่วยในการสื่อสารกับครอบครัว
- ฝึกอบรมบุคลากรด้านหน้าที่ทำหน้าที่ตรวจกรอง/ให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วย COVID-19 โดยหัวข้อการอบรมได้แก่

- การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อช่วยในการตัดสินใจ/ให้การดูแลจัดการอาการ
- การจัดการอาการ ที่สำคัญได้แก่ dyspnea, pain , agitation, delirium, secretion management
- การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต
- การสื่อสารกับครอบครัว ในการบอกข่าวร้าย การทำแผนดูแลล่วงหน้า การแจ้งครอบครัวถึงความจำเป็นในการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเหมาะสม การปลดปล่อยครอบครัวจากการสูญเสีย
- ค้นหาทีมบุคลากรอื่นที่เข้ามาเสริมการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลความสูญเสีย

3. **สถานที่** การกำหนดสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/สูงอายุที่ป่วยด้วย COVID-19 ที่ไม่สามารถรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือปฏิเสธการรักษาพยุงชีพ ซึ่งต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นเตียงที่จัดแยกเป็นสัดส่วนพิเศษและอยู่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยให้มีสิ่งแวดล้อมที่สงบ มีการดูแลให้สุขสบาย ยุติการรักษารุกราน มีการจัดการอาการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

4. การจัดระบบการดูแล

- สร้าง triage system ในการค้นหาและระบุผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดการรักษาเกินจำเป็นในกรณีทรัพยากรจำกัด ขณะเดียวกันก็ไม่ให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในการวินิจฉัยว่าเป็นระยะท้ายเข้าไม่ถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ
- สร้าง triage system ในการเข้าถึงการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคองได้ตลอดเวลา
- สร้างระบบการส่งต่อใน/นอกหน่วยงานโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่อง
- ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนที่ป่วยด้วย COVID-19 ที่อยู่ในการดูแลมีการทำแผนดูแลล่วงหน้าแล้ว
- การเช็ค stock เวชภัณฑ์/วัสดุการแพทย์ต่างๆ ว่ามีพอเพียง ทั้งนี้หมายถึงการเตรียมการสำหรับการที่ต้องใช้เพิ่มจากกรณีปกติที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ปกติอยู่แล้ว
- จัดทำกล่องเครื่องมือสำเร็จรูปเพื่อความคล่องตัวในการทำงาน ไม่ต้องวิ่งหา เช่น กล่องเครื่องมือสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตที่บ้าน (ในกรณีเตียงสถานพยาบาลไม่สามารถรองรับได้) ซึ่งอาจประกอบด้วย disposable syringe pump, butterfly needle no.25, extension tube, 1% atropine eye drop, brochure การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การดูแลหลังการตาย การดูแลหลังการสูญเสีย
- ใช้ telemedicine/telehealth ในการติดต่อขอคำปรึกษาระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย รวมถึงระบบสื่อสารระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วยและหรือทีมสุขภาพ เพื่อลดโอกาสสัมผัสเชื้อ

ผู้ป่วยที่ต้องการการปรึกษาจากทีม specialist palliative care ในกรณีติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงที่ทีมที่ให้การดูแลไม่สามารถจัดการอาการได้
- ผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิต
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่การดูแลในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ และไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจากภาวะความจำกัดของทรัพยากร
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องยุติและถอดถอนการพองซีฟ
- ครอบครัวของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น

เนื่องจากการจำกัดจำนวนของผู้บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย และด้วยทรัพยากรที่จำกัดของอุปกรณ์ป้องกันต่างๆ ทีม specialist palliative care อาจไม่ได้เข้าดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ทีมสามารถช่วยในการให้การปรึกษาการจัดการอาการหอบเหนื่อย กระวนกระวายในช่วงใกล้เสียชีวิต ช่วยในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยในกรณีที่ไม่ได้เข้าสู่การใช้เครื่องพองซีฟจากการจำกัดของทรัพยากร รวมถึงการสื่อสารเรื่องการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาที่ต้องใช้กับครอบครัวและความเครียดทางจิตใจในการสื่อสารข่าวร้ายต่างๆ กับครอบครัวของทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งทีม specialist palliative care จะมีความเชี่ยวชาญในการสื่อสาร และสามารถใช้เวลากับครอบครัวได้มากกว่าช่วยให้ครอบครัวไม่รู้สึกลูกถูกทอดทิ้ง และให้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1. Downar J, Seccareccia D. Palliating a pandemic: “All patients must be cared for”. J Pain Symptom Manage 2010;39:291-5.

การตัดสินใจในภาวะภัยพิบัติและการคัดแยกผู้ป่วยในภาวะโรคระบาด COVID-19

การตัดสินใจในภาวะภัยพิบัติ

ภาวะภัยพิบัติมักเป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน และมีผู้ได้รับผลกระทบจำนวนมากเกินกว่าชุมชนจะรับมือได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีหน่วยงานระดับภาค ประเทศ หรืออาจเป็นระดับนานาชาติ เข้ามาช่วยแก้ไขสถานการณ์ และโดยทั่วไปเนื่องจากมีผู้ได้รับผลกระทบจำนวนมาก บางครั้งอาจเกิดการขาดแคลนทรัพยากร ไม่ว่าจะด้านบุคลากรหรือเครื่องมือ เกิดความไม่เพียงพอ ซึ่งการรับมือกับสถานการณ์จำเป็นต้องมีการวางแผนคัดกรอง จัดระดับการดูแล เพื่อให้สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว

ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง การรักษาพยาบาลอาจก่อให้เกิดประโยชน์น้อย หรืออาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงในสภาวะภัยพิบัติที่มีความจำกัดของทรัพยากร ผู้ป่วยบางรายที่มีโอกาสรอดชีวิตน้อย รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการจัดสรรใช้ทรัพยากรอุปกรณ์พยุงชีพ ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 คือเครื่องช่วยหายใจ การดูแลแบบประคับประคองอาจเป็นสิ่งเดียวที่ผู้ป่วยได้รับ อย่างไรก็ตาม ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบและมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ

- ผู้ป่วยที่มีระยะรอดชีวิตเป็นชั่วโมง หรือเป็นวันๆ หรือสัปดาห์ ควรมีการดูแลจัดการอาการให้สุขสบาย การรักษาอื่นที่เป็นภาระ เช่น IV fluid, antibiotic ควรมีการยุติ อาจพิจารณาสถานที่ดูแลหรือสถานที่เสียชีวิต แต่ในกรณีติดเชื้อ COVID-19 การดูแลและเสียชีวิตที่บ้านอาจทำได้ลำบากจากการทำงานที่ต้องกักกันการแพร่เชื้อ
- กรณีตัดสินใจให้ดูแลแบบประคับประคองจากทรัพยากรที่จำกัด ควรมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ถ้ามีอาการดีขึ้นและมีทรัพยากรที่จัดสรรให้ได้และแพทย์พิจารณาว่าเหมาะสมรวมถึงยังเป็นความต้องการของผู้ป่วย ควรมีการพิจารณาทบทวนความเหมาะสม

การคัดแยกผู้ป่วย (Triage)

ในภาวะภัยพิบัติจากโรคระบาด จำเป็นที่ต้องมีระบบคัดแยกผู้ป่วย เพื่อจัดระดับการดูแลตามสภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การคัดแยกผู้ป่วยเป็นแบบแผนของการคัดกรองเพื่อจัดสรรทรัพยากรให้ได้ใช้ประโยชน์ได้สูงสุด โดยคัดแยกระดับความรุนแรงมากที่สุดจำเป็นต้องให้การรักษารีบด่วน หรือสามารถที่จะรอดคอยได้ รวมถึงคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้รอดชีวิตได้

- การดูแลประคับประคองมีความจำเป็นในภาวะภัยพิบัติ ต้องคาดการณ์และเตรียมความพร้อมไว้ด้วยเสมอ
- การตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยอาจต้องทำอย่างรวดเร็ว ในเวลาเป็นนาที่หรือชั่วโมง เช่นในกรณีอัคคีภัยหรือบางครั้งในเวลาเป็นวันๆ เช่นกรณีโรคระบาด เป็นต้น
- เมื่อมีความแน่ชัดว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากและทรัพยากรที่มีอยู่ขณะนั้นมีความจำกัด เราอาจจำเป็นต้องคัดแยกผู้ป่วยเป็นประเภทที่ต้องการการดูแลแบบต่างๆ และตอบสนองตามความเร่งด่วน ในกรณีที่มีความจำกัดของทรัพยากร ซึ่งมักพบบ่อยในภาวะภัยพิบัติ ควรมีข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพื่อช่วยในการคัดแยกผู้ป่วย
- การคัดแยกผู้ป่วยเป็นสภาวะที่มีความเป็นพลวัต ขึ้นกับทรัพยากรที่มี อย่างไรก็ตามเมื่อมีทรัพยากรมากขึ้น ควรมีการพิจารณาทบทวนใหม่ให้ตระหนักว่าการพยากรณ์โรคบางรายอาจไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ได้

หลักการทั่วไปในการคัดแยกผู้ป่วยมักมีบุคลากรหรือทีมที่สามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉินและเข้าใจข้อกำหนดในการคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นประเภทโดยใช้รหัสสีดังนี้

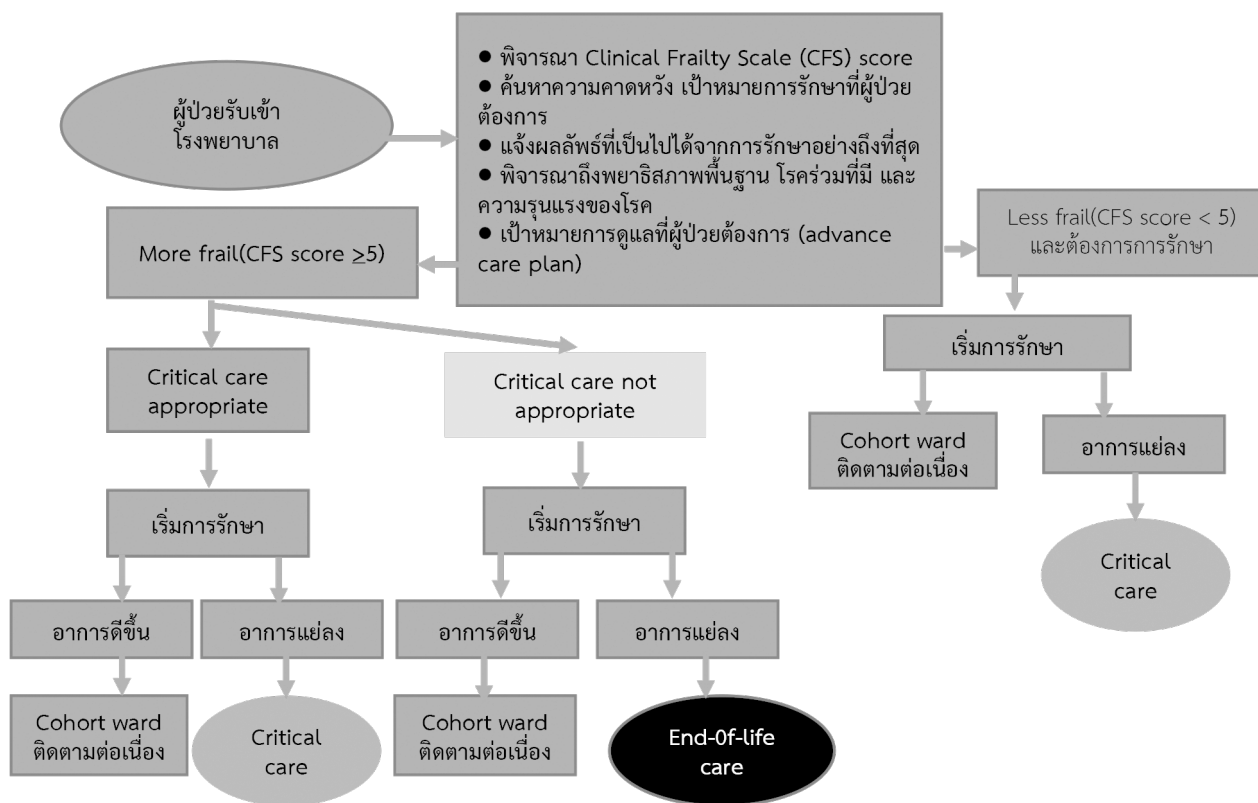
ตารางที่ 1. การคัดแยกประเภทของผู้ที่ได้รับผลกระทบในภาวะภัยพิบัติ

ประเภท	รหัสสี	รายละเอียด
ฉุกเฉิน	แดง	มีโอกาสรอดถ้ามีการรักษาอย่างฉุกเฉินทันที ควรมีการดูแลแบบประคับประคองประสานกับการรักษาพยาบาลให้มากที่สุดที่จะเป็นไปได้
คาดว่าเสียชีวิต	น้ำเงิน	โอกาสรอดชีวิตเป็นไปได้จากสภาวะการดูแลที่มีอยู่ ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง
รอดได้	เหลือง	ไม่คุกคามต่อชีวิต การรักษาสามารถรอดได้ อาจต้องการการดูแลแบบประคับประคองและ/หรือการจัดการอาการอย่างด่วน
เล็กน้อย	เขียว	อาการไม่มากหรือได้รับการจัดการแล้ว อาจต้องการการจัดการอาการ

ที่มา: WHO 2018¹

ในสถานการณ์โรคระบาดจาก COVID-19 ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มักมีภาวะการหายใจล้มเหลวจากปอดอักเสบต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ การคัดแยกจึงต้องจำแนกว่าผู้ป่วยกลุ่มใดควรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ อาจอาศัยเกณฑ์เบื้องต้น ดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1. Rapid Guideline for Critical Care





<https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/standards.pdf>²


Clinical Frailty Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเปราะบาง² ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายมักมีสมรรถนะจัดในกลุ่ม frail อย่างไรก็ตามผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุบางรายอาจยังมีสมรรถนะที่ยังไม่จัดอยู่ในกลุ่ม frail จึงควรพิจารณาเป็นรายๆ อย่างรอบคอบ


ภาพที่ 1. Clinical Frailty Scale


Clinical Frailty Scale*


 **1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.


 **2 Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.


 **3 Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.


 **4 Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

 **5 Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

 **6 Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

 **7 Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).


 **8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

 **9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia
 The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.
 In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.
 In severe dementia, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

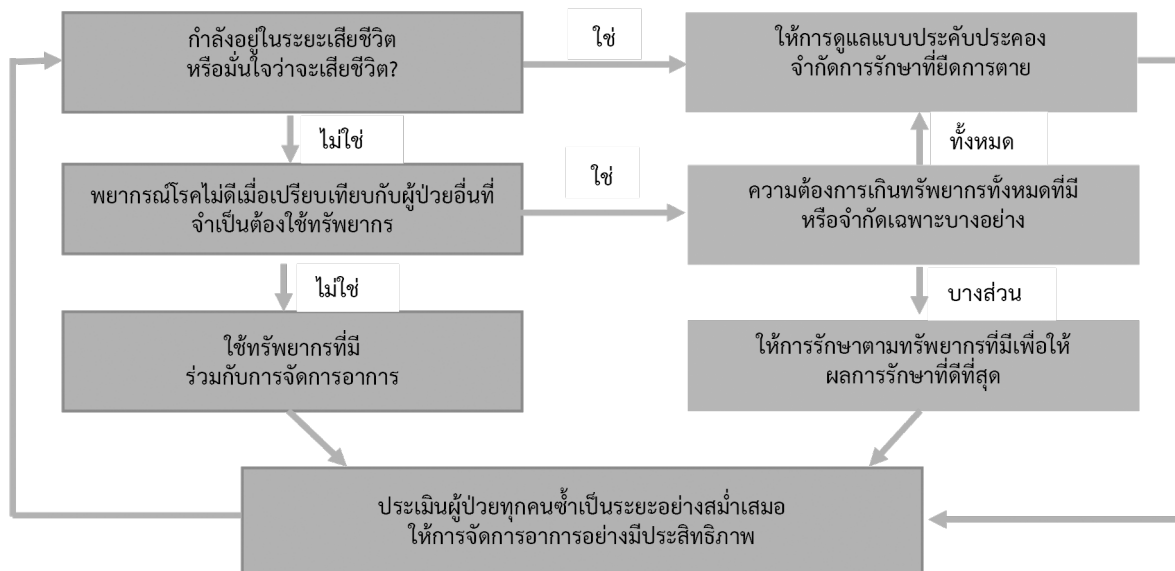
© 2008, Version 1.2, DM. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

 **DALHOUSIE UNIVERSITY**
Inspiring Minds

<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>³

ในกรณีทรัพยากรมีจำกัด จำเป็นต้องมีการจัดสรรให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงควรมีการคัดแยก (triage) ผู้ป่วยและให้การจัดการที่เหมาะสม ในผู้ป่วยบางรายการรักษาแบบประคับประคองอาจเป็นทางเลือกเดียวที่สามารถทำได้ (อ่านเพิ่มเติมในหัวข้อเรื่องการตัดสินใจทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดในสถานการณ์ COVID-19)

แผนภูมิที่ 2. Triage Tree – Resource-Dependent Palliative Care Consideration



<https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/standards.pdf>⁴

การคัดแยกผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ ผู้ทำหน้าที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา อาจเป็นบุคคลคนเดียวที่เข้าใจข้อกำหนดการคัดแยก มักเป็นพยาบาลที่ทำงานในห้องฉุกเฉินหรือที่ทำงานด้านการดูแลฉุกเฉิน ในบางกรณีอาจทำในรูปคณะกรรมการคัดแยก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrated palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises. February 24, 2018 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>
2. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid response: critical care in adults. NICE guideline. Published: 20 March 2020 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>
3. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:149-94.
4. Minnesota Health Department. Patient care strategies for scarce resource situations, Version 5. April 2020 [Internet]. [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/standards.pdf>

การดูแลตนเองของบุคลากรที่ดูแลประคับประคอง

การป้องกันการติดเชื้อ

โรคติดเชื้อไวรัส Coronavirus Disease 2019 สามารถแพร่เชื้อผ่าน droplet และ direct contact บนพื้นผิวที่มีเชื้อ ระยะฟักตัวโดยคาดการณ์เฉลี่ย 14 วัน หลักในการป้องกันการติดเชื้อได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ ด้วย 60-95% alcohol-based hand rub (ABHR) หรือ การล้างด้วยสบู่และน้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 20 วินาที หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณใบหน้า หากไอหรือจามควรปิดปาก สวมหน้ากากอนามัยหากมีอาการทางเดินหายใจ และเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร¹⁻³

คำแนะนำในการป้องกันการแพร่เชื้อในสถานพยาบาล

1. ลดโอกาสการสัมผัสเชื้อ ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม vulnerable โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้ายเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้หากมีการติดเชื้อมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง กรณีผู้ป่วยนอก ควรพิจารณาหาทางเลือกอื่นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมาเสี่ยงรับเชื้อในสถานพยาบาล เช่น telemedicine การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และควรให้ช่องทางแก่ผู้ป่วยสามารถติดต่อทีมดูแลหากต้องการความช่วยเหลือ^{1,2}

- คัดกรองผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่จะต้องมาในสถานพยาบาล อาจให้ญาติมาแทนเพื่อรับยา กรณีที่จำเป็นต้องมาตรวจควรให้คำแนะนำการป้องกันตนเองเช่น การใส่หน้ากากอนามัย
- ทำการคัดกรองอาการทางเดินหายใจของผู้ป่วยและผู้ที่มาในสถานพยาบาลทุกคน หากผู้ป่วยมีอาการที่เข้าได้กับภาวะเสี่ยงให้แยกผู้ป่วยดังกล่าวออกจากผู้ป่วยอื่น
- รักษาระยะห่างระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยอย่างน้อย 2 เมตร

2. การป้องกันการแพร่เชื้อ กรณีที่บุคลากรได้รับคำปรึกษาเพื่อเข้าดูแลผู้ป่วย COVID-19⁴⁻⁶

- การรักษาความสะอาด ควรทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนและหลังใส่ Personal protection equipment (PPE) หากให้การดูแลในหอผู้ป่วยก่อนลงเวร ให้บุคลากรอาบน้ำ สระผม ก่อนออกจากพื้นที่ให้บริการ
- รักษาระยะห่างระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยอย่างน้อย 2 เมตร กรณีอาการไม่รุนแรงสามารถใช้ระบบวิดีโอในการตรวจเยี่ยมหรือเยี่ยมผ่านกระจกกัน
- เลือกอุปกรณ์ PPE ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และหัตถการ ทำการฝีกใส่และถอดอุปกรณ์เหล่านี้อย่างถูกวิธี ทั้งอุปกรณ์ป้องกันเหล่านี้ต้องเหมาะสมไม่ให้เกิดการปนเปื้อน
- ทีมควรมีการเฝ้าสังเกตความอ่อนล้า สภาพจิตใจและอารมณ์ของบุคลากร หากรู้สึกว่ามีปัญหาหรือไม่ไหวควรร้องขอความช่วยเหลือ
- หากต้องดูแลผู้ป่วย COVID-19 ควรจัดเวลาต่อเนืองอย่างเหมาะสม ไม่ควรสลับหรือทำงานปะปนกับภารกิจอื่น

ตารางที่ 2. Personal Protection Equipment ที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

สถานที่	บุคลากร	ชนิดเหตุการณ์	PPE ที่แนะนำ
หอผู้ป่วยใน	แพทย์และพยาบาล	ดูแลผู้ป่วย COVID-19	Medical mask, gown, gloves eye protection (goggles or face shield)
	แพทย์และพยาบาล	ดูแลผู้ป่วย COVID-19 กรณีที่มีการทำให้เกิด aerosol	Respirator N95 or FFP2 Gown, gloves, eye protection, apron
ญาติ *ควรจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมเฉพาะกรณีจำเป็นเท่านั้น บุคลากรต้องควบคุมการใส่และถอด PPE ให้ญาติอย่างถูกต้อง			Medical mask, gown, gloves
ผู้ป่วยนอก	แพทย์และพยาบาล	ตรวจผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางเดินหายใจ	Standard precautions
	แพทย์และพยาบาล	ตรวจผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจ (ผู้ป่วยต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย)	Medical mask, gown, gloves, eye protection
ชุมชน	ผู้ป่วย	รักษาระยะห่างกับผู้อื่น 2 เมตร	Medical mask
	caregiver	ไม่ได้ให้การดูแลหรือสัมผัสโดยตรง	Medical mask
	caregiver	ให้การดูแลและมีการสัมผัสโดยตรง หรือมีการสัมผัสสารคัดหลั่ง	Gloves, medical mask, apron
	แพทย์และพยาบาล	ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	Medical mask, gown, gloves, eye protection
แนวทางการเลือกใช้อุปกรณ์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และทรัพยากร ^{5,6}			

การดูแลตนเองทางด้านจิตใจ

ในสถานการณ์ของ COVID-19 เช่นนี้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงยังต้องปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่เชื้ออย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังมีมาตรการอื่น ๆ ทางสังคมที่เกิดขึ้นอีก ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ห่างกันของบุคคล (physical distancing) ทำให้ต้องอยู่ห่างจากบุคคลอันเป็นที่รัก หรือ การทำงานที่บ้าน (work from home) ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่คุ้นเคยและทำได้ยากในบริบทของงานทางสาธารณสุข สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจให้เกิดความเครียดต่อบุคลากรได้เป็นอย่างมาก^{7,8}

คำแนะนำถึงวิธีการบำบัดความเครียดในช่วงก่อน ระหว่าง และ หลังการทำงานหนักในสถานการณ์ COVID-19 ของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะ^{7,8} ซึ่งได้แก่

- วางแผนจัดการเวลาในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล ให้เป็นปกติหรือมีตารางเวลาที่คล้ายคลึงกัน เช่น การตื่นนอน ช่วงพักกลางวัน หรือเลิกงาน
- พยายามออกกำลังกายเท่าที่สามารถจะทำได้ เช่น การเดิน หรือขี่จักรยานมาทำงาน
- จัดให้มีช่วงพักระหว่างการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือความวิตกกังวลในตัวเอง
- ก่อนเข้าทำงานที่มีความเครียดสูง หรือเข้าห้องผู้ป่วยที่ติดเชื้อ สร้างความมั่นใจให้ตนเองโดยตรวจสอบเรื่องการป้องกันให้รัดกุม และทำความเข้าใจ โดยอาจสูดหายใจเข้าออกซ้ำๆ
- หลังเลิกงาน พิจารณาใช้เวลาสั้นๆ ที่จะช่วยทำให้ตนเองมีความสุขหรือสนุกสนานขึ้นมา เช่น การได้พูด

- คุยกับเพื่อนหรือครอบครัวผ่านทางออนไลน์ หรือดูภาพยนตร์และฟังเพลงที่ชื่นชอบ เป็นต้น
- จำกัดสิ่งที่จะส่งผลให้เกิดความเครียดมากขึ้น เช่น การรับข่าวสารที่มากเกินไป
 - แบ่งปันหรือเล่าความรู้สึก ความเครียด กับครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้ใจ เพื่อเป็นการบรรเทาความรู้สึกภายใน ให้เบาบางลง หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความสำคัญในการดูแลตนเองและผู้ป่วย
 - หมั่นเติมพลังใจให้ตนเองอยู่เสมอ เช่น คิดว่าได้ช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ซึ่งเป็นหน้าที่ของเราจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งรู้เท่าทันและมีวิธีจัดการกับอารมณ์
 - บริกษาผู้เชี่ยวชาญ เมื่อรู้สึกว่ามีอาการเครียดมาก และไม่สามารถจัดการได้

ความเครียดเป็นการตอบสนองทางธรรมชาติของอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่แน่นอน หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความกังวล ความเครียดย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงาน อารมณ์ และความสุขโดยรวมตามมา ดังนั้นวิธีการจัดการความเครียดเบื้องต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในสภาวะเช่นนี้

วิธีการผ่อนคลายความเครียด

ส่วนใหญ่ เน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก วิธีเหล่านี้^{8,9} ได้แก่

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อที่ควรฝึก คือ แขน หน้าผาก ตา แก้ม จมูก ขากรรไกร ริมฝีปาก ลิ้น คอ ออก หลัง ไหล่ หน้าท้อง ก้นและขา เริ่มโดย นั่งในท่าสบาย เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นจึงเกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปที่ละส่วน การฝึกนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ต่อไปเมื่อเครียดและกล้ามเนื้อเกร็งจะรับรู้ตัวและรีบผ่อนคลายโดยเร็วก็จะช่วยได้มาก
2. การฝึกการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ออกซิเจนได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่อ้วนงอหงาวหงอน พร้อมสำหรับภารกิจต่างๆ
3. การทำสมาธิเบื้องต้น เลือกสถานที่ที่เงียบสงบไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้าน อยู่ในอิริยาบถที่ถนัด กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูก หรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่ขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุมีผล
4. การใช้เทคนิคความเงียบ สามารถทำให้หลีกเลี่ยงจากความเครียดอย่างชั่วคราว และทำให้มีเวลาในการพิจารณาถึงสาเหตุของสิ่งที่ทำให้เครียดได้อย่างถ่องแท้ สามารถทำได้โดย เลือกสถานที่ที่สงบเงียบเป็นส่วนตัว และควรบอกผู้อื่นว่าอย่ามารบกวนประมาณ 15 นาที นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หลังตา หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ ทำใจให้เป็นสมาธิ อาจท่องคาถาหรือสวดมนต์ต่อเนื่องกันไป
5. การปรับตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะสามารถทำให้อยู่ได้ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่แน่นอน ได้แก่ หาผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ เช่น เพื่อน ครอบครัว คนใกล้ชิด ผู้ให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหาไปสักระยะหนึ่ง ไม่คาดหวังในสิ่งต่างๆ มากจนเกินไป หลีกเลี่ยงการเกิดอารมณ์รุนแรง ศึกษาคำสอนของศาสนา คิดในแง่บวก เป็นต้น

ความเครียดเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ แม้ว่าจะยังอยู่ในสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดนั้นอยู่ เพียงแต่ต้องรู้ว่าเครียด และมีความตั้งใจในการฝึกฝนและบำบัดความรู้สึกไม่ดีเหล่านั้น เพื่อตนเอง ครอบครัว คนรอบข้าง และผู้ป่วยที่กำลังได้รับการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected, interim guidance: World Health Organization;2020.
2. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings: Centers for Disease Controls and Prevention (CDC); 2020.
3. Transmission characteristics and principles of infection prevention and control: Public Health England [Internet] [cited 2020 April 7] Available from: <https://www.gov.uk/government/publications>
4. คำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [Internet] [cite 2020 April 3] Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care
5. คำแนะนำแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ: กรมการแพทย์; 2563 [Internet] [cited 2020 April 7]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care
6. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19) interim guidance: World Health Organization; 2020.
7. Self-Care and Stress Management During the COVID-19 Crisis: National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet] [cited 2020 April 7] Available from: <https://www.nccn.org/covid-19/pdf/Distress-Management-Clinician-COVID-19.pdf>
8. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): กรมสุขภาพจิต; 2563 [Internet] [cited 2020 March 31]. Available from: <http://mhso.dmh.go.th>
9. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). สำนักงานสุขภาพจิตสังคม 2555.

การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลประคับประคอง

ผู้ป่วยระยะท้ายมักเป็นผู้ป่วยที่เปราะบาง จึงควรมีการตรวจกรองเพื่อการส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการตัดสินใจวางแผนการดูแลควรต้องชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีผลเสียอย่างรอบคอบ

Prognostic Indicators ของประเทศสหราชอาณาจักร

ในประเทศสหราชอาณาจักร ได้มีข้อเสนอแนะให้แก่แพทย์ทั่วไปในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบ palliative care ตาม Gold Standard Framework – Prognostic Indicators¹ ซึ่งเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยการให้แพทย์ถามตัวเองว่า “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตภายใน 6-12 เดือน” (Surprise question) ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ผู้ป่วยรายนั้นคือผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่ถ้าคำตอบคือประหลาดใจหรือไม่แน่ใจ ให้แพทย์มองหา general clinical indicators ที่บ่งบอกถึงสมรรถนะที่ถดถอย การต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ให้แพทย์ดูว่ามี disease related indicators ด้วยหรือไม่ การวินิจฉัยทำสามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ถามคำถาม “Surprise question” ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition – ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม (co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ขั้นตอนที่ 2. หาข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีที่คำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ palliative care ข้อบ่งชี้เหล่านี้ได้แก่

- การถดถอยของสมรรถนะ (functional performance status) ลดลง นิ่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาตื่น พึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะ อาจใช้ Barthel Index ซึ่งประเมิน Activity of Daily Living (ADL) การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลืน อุจจาระปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว หรือการประเมิน functional assessment ซึ่งได้แก่ Palliative Performance Score (PPS) น้อยกว่าร้อยละ 50
- Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
- สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานบริบาล
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค ดังนี้

1) **Cancer:** ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก เช่น lung cancer ตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดคือ functional status โดยผู้ป่วยใช้เวลา นั่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน ซึ่งมีพยากรณ์โรคประมาณ 3 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

2) Organ failure:

Heart disease – CHF มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- CHF NYHA III หรือ IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย
- ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวาย
- มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- มีสถานะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง (FEV1 <30% predicted)
- เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา จากภาวะ COPD exacerbations)
- มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long-term oxygen therapy
- MRC grade 4/5 โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตรในพื้นที่ราบ หรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย
- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร ภาวะซีด
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

Renal disease ผู้ป่วย Stage 4-5 Chronic Kidney Disease (CKD) ซึ่งมีสถานะเสื่อมถอยลง โดยมี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- ผู้ป่วยเลือกไม่ล้างไต หรือยุติการล้างไต เนื่องจากไม่สามารถทำได้จากภาวะของ co-morbid หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
- มีอาการทางกายและทางจิตใจที่จัดการลำบากแม้ได้รับการดูแลด้วย renal replacement therapy ที่เหมาะสมอย่างเต็มที่
- มีอาการของไตวาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน คันตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะน้ำเกินที่จัดการลำบาก

Neurological disease:

- มีการเสื่อมถอยด้านกายและการรับรู้อย่างต่อเนื่องแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่
- มีอาการที่ซับซ้อนและจัดการยาก
- มีภาวะกลืนลำบากที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในปอดและในกระแสเลือดซ้ำๆ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือมีภาวะหัวใจวาย

- พุดลำบาก มีความยากลำบากในการสื่อสารและมี progressive dysphasia ร่วมกับตัวบ่งชี้อื่นๆ เฉพาะโรคดังนี้
 - **Motor Neuron Disease (MND)**
 - มีการเสื่อมถอยทางกายอย่างมาก
 - มีการติดเชื้อในปอดจากการสูดสำลัก
 - มีการรับรู้เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก
 - น้ำหนักลด
 - มีอาการซั้บซ้อ้นและมีภาวะแทรกซ้อ้นทางคลินิก
 - มี vital capacity ต่ำ (< 70% predicted) ตรวจโดย standard spirometry
 - มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ล้มบ่อย
 - ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้
 - **Parkinson's disease**
 - การรักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือต้องใช้อย่างยาวนานและซั้บซ้อ้นในการรักษา
 - ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมดำรงชีวิตรประจำวัน
 - โรคควบคุมลำบาก
 - มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ล้มบ่อย
 - มีอาการทางจิตเวช (วิตกกังวล ซึมเศร้า ประสาทหลอน จิตเภท)
 - **Multiple sclerosis**
 - มีอาการซั้บซ้อ้นและมีภาวะแทรกซ้อ้นทางคลินิก
 - กลืนลำบาก และมีภาวะทุโภชนาการ
 - สื่อสารลำบาก เช่น พุดลำบาก อ่อนล้า
 - มีการรับรู้สูญเสีย เริ่มมี dementia

3) Frailty and dementia:

Frailty ผู้ป่วยที่มี co-morbidities หลายอย่างร่วมกับมีการเสื่อมถอยของการดำเนินชีวิตประจำวันและมี:

- การถดถอยของ functional score ประเมินโดยใช้ Barthel/ECOG/PPS
- มีอาการต่างๆ เหล่านี้อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด หมดเร็วแรง มีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะซึมเศร้า

Dementia มีภาวะที่เป็นสาเหตุหลายอย่างที่ต้องพิจารณาที่มีผลต่อความรุนแรงของ dementia ตัวบ่งชี้ที่บอกว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของโรคได้แก่:

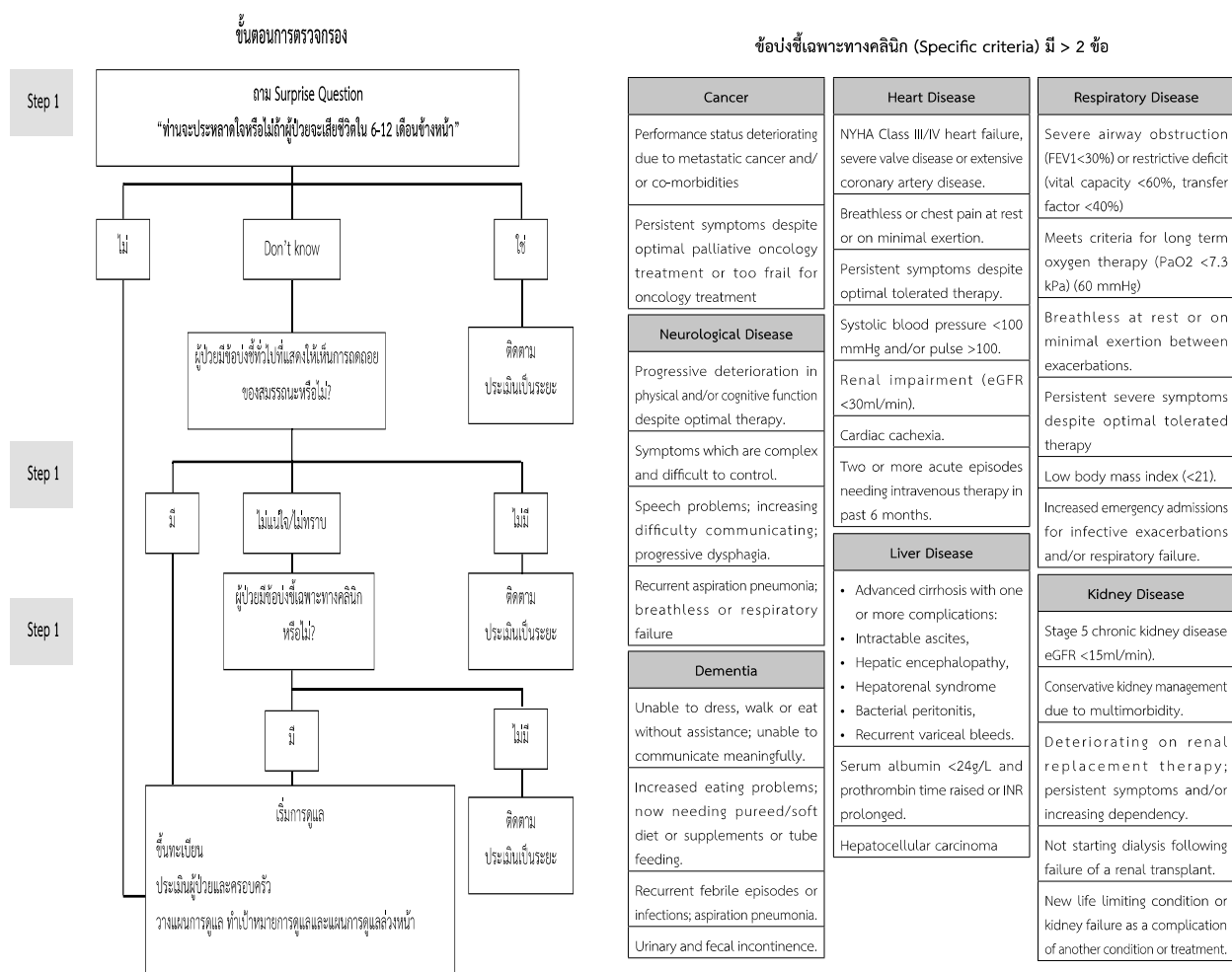
- ไม่สามารถเดินโดยไม่มีคนคอยพยุง และ
- ไม่สามารถกลั่นอุจจาระและปัสสาวะได้ และ
- ไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย และ
- ไม่สามารถทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตรประจำวัน (ADL)
- Barthel score <3
- ความสามารถในการประกอบกิจกรรมดำรงชีวิตรประจำวันลดลง

- ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้: น้ำหนักลด มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับระดับ 3/4 มีไข้เป็นๆหายๆ รับประทานทางปากลดลง/น้ำหนักลด ปอดบวมจากการสูดสำลัก

Stroke:

- อยู่ในภาวะเป็นผัก (vegetative stage) มีภาวะรู้ตัวน้อยมากหรือมีอัมพาตรุนแรง
- มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์
- ไม่มีการฟื้นตัวในทางที่ดีขึ้นหลังเริ่มมีอาการ 3 เดือน
- มีการรับรู้เสียหาย/Post-stroke dementia

แผนภูมิที่ 3. Prognostic Indicators¹ และข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก



SPICT Version 12, December 2010
WWW.SPICT.ORG.UK

เอกสารอ้างอิง

1. Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011 [Internet] [cited 2020 April 15]. Available from: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
2. Spict Version 12, December 2010 [Internet] [cited 2020 April 15] Available from: <https://www.spict.org.uk>

การจัดการอาการผู้ป่วยประคับประคองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

การจัดการอาการเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้ ไอ และในรายที่อาการรุนแรงจะมีอาการหายใจไม่อิ่ม รูปแบบการให้ยานอกจากการรับประทานทางปาก ยาส่วนใหญ่ที่ใช้จัดการอาการสามารถให้ทางได้ผิวหนัง และยาบางตัวสามารถบริหารโดยการอมใต้ลิ้น

การจัดการอาการหายใจไม่อิ่ม

อาการหายใจไม่อิ่ม (dyspnea, breathlessness) เป็นความรู้สึกที่หายใจไม่สะดวก ไม่สุด ไม่อึด เป็นนามธรรมอาศัยการถาม/บอกเล่าจากผู้ป่วย เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง หรือโรคระยะสุดท้าย หากมีสาเหตุที่แก้ไขได้ ต้องแก้ไขที่สาเหตุ โรค COVID-19 หรือโรคอื่นๆ (มะเร็งปอด หลอดลมอุดกั้น เป็นต้น) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหายใจไม่อิ่มรุนแรง トラバจนช่วงสุดท้ายของชีวิต

สาเหตุที่แก้ไขได้

- ทาสาเหตุอาการหายใจไม่อิ่มที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะชืด congestive heart failure, volume overload
- โรค COVID-19 หรือโรคอื่นๆ (มะเร็งปอด หลอดลมอุดกั้น lymphangitis carcinomatosis เป็นต้น) อาจเป็นสาเหตุของหายใจไม่อิ่มรุนแรง トラバจนช่วงสุดท้ายของชีวิต
- วัดระดับออกซิเจนในเลือด

จัดการอาการโดยไม่ใช้ยา

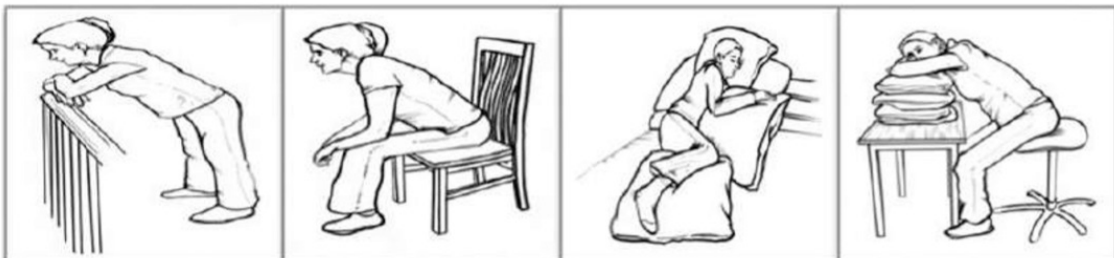
- การจัดทำที่สบาย (นั่งโน้มตัวไปข้างหน้า หย่อนไหล่ เชิดหน้า)
- ใช้เทคนิคผ่อนคลาย
- ลดอุณหภูมิห้องให้สบาย
- ลดอุณหภูมิใบหน้า เช็ดด้วยผ้าชุบน้ำเย็น
- การใช้พัดลมเป่าใบหน้า ไม่แนะนำให้ใช้ในกรณีที่สูงสัຍหรือติดเชื้อ COVID-19 เพราะอาจทำให้เชื้อฟุ้งกระจาย

จัดการอาการโดยใช้ยา

- ออกซิเจน (ไม่มีประโยชน์หากไม่มีภาวะ hypoxemia)
- Opioids ลดอาการหายใจไม่อิ่ม
- Immediate-release morphine 2.5-5mg PO PRN q2h หรือ
- Morphine inj 1-2mg SC PRN q2h
- Midazolam inj 2.5-5mg SC PRN q2h หรือ
- Lorazepam (0.5) 1 tab SL PRN q2h

Last days of life

- morphine inj 10mg + midazolam inj 10mg + hyoscine butylbromide 80mg drip in 24 h และใช้ยา PRN ตามขนาดยาข้างต้น



ทำยืน/นั่ง/นอนเอนตัวไปข้างหน้า ที่ช่วยลดอาการหายใจไม่อิ่ม

ดัดแปลงจาก COVID-19 and Palliative, End of life and Bereavement care in Secondary Care¹ และ Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from palliative care perspective V2.0²

การจัดการอาการไอ

อาการไอ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเมื่อทางเดินหายใจเกิดการระคายเคือง อาการไอถูกกระตุ้นจากตัวรับอาการไอในทางเดินหายใจจากการระคายเคือง หรือภาวะทางเดินหายใจผิดปกติ เช่นมีการอักเสบ

สุขลักษณะในการไอ

- เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ
- ควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น
 - ควรเว้นระยะห่างจากผู้อื่น 1-2 เมตร
 - ใช้กระดาษทิชชูปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอ จาม
 - ทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะติดเชื้อหรือถังขยะปนเปื้อน
 - ล้างมือ 7 ขั้นตอน อย่างน้อย 20 วินาที ด้วยสบู่ หรือเจลล้างมือแอลกอฮอล์ หลังไอ จาม สัมผัสน้ำมูก หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง วัตถุปนเปื้อนสารคัดหลั่ง

จัดการอาการโดยไม่ใช้ยา

- อยู่ในห้องที่มีความชื้น
- จิบน้ำบ่อยๆ
- ดื่มน้ำอุ่นผสมน้ำผึ้งมะนาว
- อดมอมแก้อ้อ หรือ ลูกอมรสเปรี้ยว
- นั่ง/นอนในท่าที่ชันหัวสูงขึ้น
- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรืออยู่ในสถานที่ที่มีฝุ่นควัน

จัดการอาการด้วยยา

- ยาแก้ไอน้ำเชื่อม/ M. tussive 5-10ml PO QID
- Codeine (50mg) 1 tab PO QID
- Morphine immediate- release (10mg) 2.5-5mg PO PRN q4-6h หากใช้ยาข้างต้นไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ถึงประโยชน์ของยาเหล่านี้
- Prednisolone (5mg) 2 tabs PO TID (ใน COPD)
- ถ้าอาการรุนแรง หรืออยู่ในช่วงไม่กี่วันก่อนเสียชีวิต: morphine 10 mg SC drip in 24h และ morphine 2.5-5 mg SC PRN q2h



ใส่หน้ากากอนามัย



เว้นระยะห่าง 2 เมตร



CATCH IT.

ไอ จาม น้ำมูก ปิดปากจมูก



BIN IT.

ทิ้งลงถังขยะ



KILL IT.

ล้างมือให้สะอาด

ดัดแปลงจาก COVID-19 and Palliative, End of life and Bereavement care in Secondary Care¹

การจัดการอาการเพ้อ สับสน (delirium) และอาการกระสับกระส่าย (agitation)

Delirium เป็นภาวะสับสนที่เกิดในบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย อาการสับสนเกิดขึ้นเร็วทันที่เป็นหลักชั่วโมง หรือหลักวัน อาการจะมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างวัน บางช่วงกระสับกระส่ายสับสน บางช่วงง่วงซึม บางช่วงกลับมาเป็นปกติได้เอง บางช่วงพูดคุยสื่อสารรู้เรื่องเข้าใจตรงประเด็น ส่วนใหญ่อาการสับสนมักแย่งลงในช่วงกลางคืน

สาเหตุที่แก้ไขได้

- ค้นหาสาเหตุของdelirium ที่แก้ไขได้ เช่น ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง ไข้ โลหิตจาง เกลือแร่ผิดปกติ เป็นต้น
- บางครั้งผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข (agitation, restlessness) อาจจะไม่ได้มีภาวะ delirium แต่มีอาการบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่มที่ยังไม่ได้รับการจัดการอาการ

จัดการอาการโดยไม่ใช้ยา

- พยายามหาสาเหตุของ delirium
- พยายามสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างสุภาพ อ่อนโยน ๆ ให้รับทราบสถานการณ์รอบตัวในปัจจุบัน ใครเป็นใคร มีบทบาทอะไร เวลาสถานที่
- จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ ไม่มีการรบกวน จำกัดผู้ดูแลแสงสว่างเหมาะสม
- จัดหาแว่นตา เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอม อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ ที่ผู้ป่วยเคยใช้ให้แก่ผู้ป่วย

จัดการอาการด้วยยา

- **Delirium**
 - ในรายไม่รุนแรง Haloperidol (1mg) 0.5-1 tab PO HS และ PRN q1h
 - ในรายรุนแรง Haloperidol 1-5 mg IV/SC q1h จนกว่าสงบ
 - Maintenance dose คือปริมาณที่ให้ regular + PRN ที่ได้ทั้งหมด แบ่งให้ MORN-HS
- **Agitation, restlessness**
 - Lorazepam (0.5mg) 1-2 tabs PO/SL PRN q1h
 - Midazolam 2.5-5 mg IV/ SC PRN q4h
- **Terminal delirium** - midazolam 10-20mg continuous SC infusion

- การจัดการอาการ delirium เป็นสิ่งที่สร้างความยุ่งยากให้กับครอบครัวและผู้รักษา (ผู้ป่วยมักไม่รู้สึกรู้สีกว่าตนเองทำอะไรบ้างในช่วงที่มีอาการ) การจัดการในข้างต้นที่กล่าวมามักจัดการอาการให้สงบได้
- การป้องกันไม่ให้เกิด delirium ดีกว่าการรักษาปลายเหตุ ดังนั้นมาตรการป้องกัน การหาสาเหตุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ
- การคัดกรองภาวะ delirium มีหลายเครื่องมือที่ใช้ดี เช่น confusion assessment method (CAM), Cam-ICU และ 4AT rapid test

ดัดแปลงจาก COVID-19 and Palliative, End of life and Bereavement care in Secondary Care¹, Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from the palliative care perspective V2.0², Update Handbook for Palliative care Guidelines NHS, U.K.³ และ CAPC guideline^{4,5}

การจัดการอาการปวด

ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดจากโรคประจำตัวของตนเอง หรืออาการปวดอาจเป็นผลมาจากการไออย่างรุนแรงและต่อเนื่อง การนอนอยู่นิ่งๆกับที่ หรือจากหัตถการที่ทำ การประเมินอาการปวด ใช้วิธีให้ผู้ป่วยให้คะแนนความรุนแรง 0-10 คะแนน 0 = ไม่ปวด 10 = ปวดที่สุดในชีวิต 1-3 ปวดเล็กน้อย 4-6 ปวดปานกลาง 7-10 = ปวดรุนแรง

ผู้ป่วยไม่เคยได้ยาแก้ปวด - ปวดเล็กน้อย

- ขั้นที่ 1 Paracetamol (500mg) 1-2 tabs PO PRN q6h
- ขั้นที่ 2 ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง ให้หยุด Paracetamol ให้ Tramadol (50mg) 1 tab PO TID
- ขั้นที่ 3 เมื่อใช้ยาขั้นที่ 1 และ 2 แล้ว อาการปวดไม่ดีขึ้น/แย่ลง เริ่มใช้ strong opioid

****ห้ามใช้ NSAIDs ในผู้ป่วย COVID-19⁶**

การเริ่ม Strong opioids

- ให้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง around the clock
- ให้ยา morphine ออกฤทธิ์เร็ว เช่น MO IR เป็น PRN เสมอๆ
- ขนาดยาเริ่มต้นขึ้นกับยาแก้ปวดที่เคยใช้มาก่อน
- ติดตามอาการปวด และผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด
- ให้ยาระบายร่วมด้วยเสมอ

ขนาดยาเริ่มต้นที่แนะนำ

- ผู้ป่วยไม่เคยใช้ opioids มาก่อน ให้ immediate release morphine 5 mg PO q4h และ PRN q2h
- ผู้ป่วยใช้ weak opioids มาก่อน ให้คำนวณขนาด morphine โดยใช้ tramadol: oral morphine = 5:1 (เช่น tramadol 300mg/วัน = morphine 60 mg/วัน)
- ให้ PRN ในขนาด 1/6 ของขนาด morphine/วัน (MO 60mg/วัน PRN dose = 10mg)

การปรับขนาดยา Strong opioids

- การปรับขนาดยามี 2 วิธี คือนำ PRN dose ที่ได้รับทั้งหมดมารวมกับ back ground dose หรือปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-100 ตามความรุนแรง ให้เลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง
- หยุดปรับเพิ่มขนาดเมื่ออาการปวดคุมได้ หรือมีผลข้างเคียงจากยา
- หากคุมอาการปวดได้ดี ให้เปลี่ยน immediate release morphine q4h มาเป็น MST q8 หรือ 12h

เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้

- ถ้าคุมอาการปวดได้ดี ให้ปรับยาเป็น morphine IV/SC drip ใน 24 ชั่วโมงหรือ ฉีดทุก 4 ชั่วโมง (morphine oral : IV/SC = 3:1) หรือปรับเป็น fentanyl patch โดยแผ่นขนาด 25 mcg/hr = morphine oral 60mg/วัน
- ถ้าอาการปวดคุมไม่ได้ ให้ปรับยาจากแบบรับประทานเป็น IV/SC และเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 30-100
- ขนาดยา PRN = 1/10 – 1/6 ของขนาดยาที่ให้ใน 24 ชั่วโมง ให้ฉีด IV/SC PRN ทุก 2 ชั่วโมง

ดัดแปลงจาก COVID-19 and Palliative, End of life and Bereavement care in Secondary Care¹, Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from the palliative care perspective V2.0² และ Update Handbook for Palliative care Guidelines NHS, U.K.³

ตารางที่ 3. ข้อเสนอแนะในการให้ยาจัดการอาการผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่บ้านหรือที่ nursing home

อาการ	ยาที่ใช้จัดการอาการ	หมายเหตุ
ไข้	Paracetamol (500mg) 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	เช็ดตัวลดไข้เพิ่มเติม
หายใจไม่อิ่ม	- Morphine immediate release (10mg) 0.5 เม็ด PO PRN ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หรือ morphine syrup (2mg/ml) 1-2 ml PO ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ร่วมกับ - Lorazepam (0.5mg) 1-2 เม็ด อดได้ลิ้นได้ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หากผู้ป่วยกลืนยาไม่ได้ให้ morphine 1-2 mg ฉีดใต้ผิวหนัง PRN ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ร่วมกับ midazolam 2.5-5 mg ฉีดใต้ผิวหนัง PRN ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ *หากผู้ป่วยใช้ยา morphine อยู่แล้ว แต่คุมอาการไม่ได้ให้ปรับขนาดยาขึ้นร้อยละ 30-100 ตามความรุนแรง	จัดให้อากาศถ่ายเท จัดอยู่ในท่าที่สบาย ให้ออกซิเจน (ถ้ามี)
วิตกกังวล	Lorazepam (1mg) 1 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	
ไอ	Codeine (50mg) 1-2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หรือ Morphine ขนาดยาเหมือนอาการหายใจไม่อิ่ม	
ปวด	ปวดเล็กน้อย ใช้ยาพาราเซตามอล (500 mg) 2 เม็ด q6h ปวดปานกลางถึงมากใช้ยา immediate release morphine ขนาด 5 mg q4h และให้ 5mg PRN q2h. ปรับยาขึ้นตามอาการ	ถ้าเสี่ยงติดเชื้อโควิด ไม่ให้ ใช้ยา NSAIDs ⁶
คลื่นไส้/ อาเจียน	Domperidone (10mg) 1เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หรือ Metoclopramide (10mg) 1เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หรือ Ondansetron (4mg) 1-2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หรือ Haloperidol (0.5mg) 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	
สับสน (delirium)	Haloperidol (0.5mg) 1-2 เม็ด รับประทานได้ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
นอนไม่หลับ	Lorazepam (1mg) 0.5-1เม็ด ก่อนนอน	
เสมหะในลำคอ (ไม่มีแรงขับออก)	1% Atropine eye drop 4 หยด ใต้ลิ้นใต้ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	
ท้องผูก	Senokot (7.5mg) 2 เม็ด ก่อนนอน หรือ Lactulose 30 ml ก่อนนอน	
* ในผู้สูงอายุต้องปรับขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง		

ดัดแปลงจาก Medication Chart: Symptom Management in the Home⁷ และ COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes⁸

เอกสารอ้างอิง

1. Iain L, Fiona M. COVID-19 and Palliative , End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care [Internet]. Northern Care Alliance NHS group; 2020. Available from: <https://apmonline.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22-March-2020.pdf>
2. Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sanger K, Tessmer G, et al. Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from the palliative care perspective V2.0 [Internet]. German Association for Palliative Medicine with support from the German Respiratory Society; 2020. 1–10 p. Available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID18_V2.0_English_version.pdf
3. Ratanasuwan P, Raksataya A. Update Handbook for Palliative care Guidelines NHS, U.K. Khon Kaen: Klungnana vitthaya press; 2019. 1–200 p.
4. Center to Advance Palliative Care. Symptom Medications COVID-19 Clinical Resource [Internet]. Center to Advance Palliative Care; 2020 [cited 2020 Apr 11]. p. 1–2. Available from: <https://www.capc.org/toolkits/covid-19-response-resources/>
5. Center to Advance Palliative Care. Stepwise Protocols for Crisis Symptom Management [Internet]. Center to Advance Palliative Care; 2020 [cited 2020 Apr 11]. p. 1–6. Available from: <https://www.capc.org/toolkits/covid-19-response-resources/>
6. Day M. Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. BMJ [Internet]. 2020;368(March):m1086. Available from: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1086>
7. Center to Advance Palliative Care. Medication Chart : Symptom Management in the Home [Internet]. Center to Advance Palliative Care. Center to Advance Palliative Care; 2020 [cited 2020 Apr 14]. p. 1. Available from: <https://www.capc.org/toolkits/covid-19-response-resources/>
8. Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. Swiss Med Wkly [Internet]. 2020;150(March):w20235. Available from: <https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20235>

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้จะเสียชีวิตมักจำเป็นต้องได้รับการดูแลอาการที่พบบ่อย เช่น อาการปวด คลื่นไส้ หอบเหนื่อยหายใจลำบาก มีเสียงดังครืดคราดในลำคอ และอาการสับสน อย่างไรก็ตามในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาจเป็นไปได้ที่จะมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านที่ต้องเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการเยี่ยมบ้าน การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ยังพอรักษาได้ในโรงพยาบาล และการพยายามป้องกันหรือลดการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ แนวทางนี้เขียนขึ้นเพื่อให้การดูแลและจัดการอาการระยะท้ายที่บ้านมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและสามารถจากไปอย่างสงบ

การดูแลกรณีผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน

โดยทั่วไปทางองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรต้องได้รับการแยกดูแลในสถานพยาบาลเฉพาะที่เตรียมไว้ อย่างไรก็ตามในกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมากจนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายในสถานพยาบาลได้ทั้งหมด และจำเป็นต้องพิจารณาให้การดูแลผู้ป่วยบางรายที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹ หรือแม้แต่ในผู้ป่วยระยะท้ายที่อาจไม่ได้มุ่งเน้นให้หายจากโรคหรือความเจ็บป่วย แต่มีเป้าหมายมุ่งบรรเทาอาการไม่สุขสบายตลอดความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นหลัก จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่เพิ่มสุขภาพที่ดูแลต้องคำนึงถึงความสามารถในการดูแลของผู้อยู่ดูแลและครอบครัวต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยมีหลักการคร่าวๆ ดังนี้

1. ต้องมีบุคลากรสาธารณสุขที่สามารถ
 - การประเมินความเหมาะสมของบ้านผู้ป่วยในการให้การดูแล เช่น มีสถานที่เพียงพอเหมาะสมในการแยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปสู่คนอื่น ๆ หรือไม่ วิธีการทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้ออย่างไร สิ่งแวดล้อมใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อหรือไม่ เป็นต้น
 - ให้คำแนะนำและติดตามเรื่องการป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ป่วยและครอบครัวได้ที่บ้าน โดยป้องกันความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อจากทั้ง droplet และ contact precaution
 - สามารถแนะนำการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment) ที่เหมาะสมให้แก่ผู้อยู่ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
2. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวต้องปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน เช่น
 - ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องแยกมีอากาศถ่ายเทดี เช่น มีหน้าต่างที่ระบายอากาศได้สะดวก ไม่อยู่ใกล้กับบ้านข้างเคียง/แหล่งชุมชน
 - ส่วนที่ดูแลผู้ป่วยไม่ควรเป็นบริเวณเดียวกันกับการใช้งานของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ หรือหากมีข้อจำกัดเรื่องบริเวณพื้นที่ในบ้านทำให้ไม่สามารถแยกส่วนของผู้ป่วยได้ชัดเจน ควรให้ผู้ป่วยเว้นระยะห่างจากสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ อย่างน้อย 1 เมตร และแยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยไม่ให้ปะปนกับของคนอื่น ๆ ในครอบครัว

- ควรจำกัดจำนวนผู้ดูแล หากเป็นไปได้ควรมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว และผู้ดูแลไม่ควรเป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง
 - ผู้ดูแลควรใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย และล้างมือด้วยน้ำและสบู่ด้วยวิธีการที่ถูกต้องหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้งหรือเมื่อเข้าไปในห้องที่ผู้ป่วยอยู่ นอกจากนี้ผู้ดูแลควรล้างมือก่อนและหลังการเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำ หลังล้างมือเสร็จให้ใช้กระดาษชำระเช็ดมือแล้วทิ้ง กรณีที่ไม่สามารถล้างมือได้อาจพิจารณาใช้ alcohol gel แทน
 - ควรให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเท่าที่ทำได้และเปลี่ยนอย่างน้อยวันละครั้ง กรณีที่ไม่สามารถใส่หน้ากากอนามัยได้ควรใช้กระดาษชำระปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม
 - ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการแตะหรือสัมผัสหน้ากากอนามัยขณะใช้ เมื่อหน้ากากอนามัยเปียกหรือสกปรกควรเปลี่ยนทันที หากต้องการถอดหน้ากากอนามัยควรฝึกถอดด้วยวิธีการที่ถูกต้องโดยห้ามสัมผัสด้านหน้าของหน้ากาก และล้างมือหลังถอดหน้ากากทันที
 - หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น ควรใส่ถุงมือที่ใช้แล้วทิ้งตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย และล้างมือทุกครั้งหลังถอดถุงมือ ใส่ผ้าพลาสติกกันเปื้อนแบบใช้แล้วทิ้งระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยหรือทำความสะอาดบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่
 - ของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยควรได้รับการทำความสะอาดด้วยสบู่/ผงซักฟอกหลังการใช้งานทุกครั้ง และห้องของผู้ป่วยควรได้รับการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมทุกวัน เช่น 0.1% sodium hypochlorite การทำความสะอาดเสื้อผ้าของผู้ป่วยไม่ควรสับเพราะอาจทำให้เชื้อฟุ้งกระจาย อาจทำความสะอาดเสื้อผ้าของผู้ป่วยด้วยการซักด้วยผงซักฟอกหรือเครื่องซักผ้าโดยตั้งอุณหภูมิไว้ที่ 60-90 °C
 - ถุงมือ หน้ากากอนามัย และขยะอื่นๆ ควรใส่ถุงขยะติดเชื้อแยกต่างหากที่มีฝาปิดวางอยู่ในห้องผู้ป่วยก่อนจะส่งกำจัดในรูปแบบของขยะติดเชื้อโดยแจ้งกับหน่วยงานสาธารณสุขประจำพื้นที่
3. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยควรกักตัว หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลอื่นๆ ในชุมชนหรือใช้ระบบขนส่งสาธารณะ และควรเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย และหากมีอาการควรแจ้งให้ทีมสาธารณสุขที่ดูแลทราบทันที
4. การจัดการร่างของผู้ป่วยหลังเสียชีวิตให้ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องแนวทางการจัดการศพผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หลักทั่วไปของการให้ยาเพื่อจัดการอาการที่บ้าน

แนะนำเลือกบริหารยาโดยการกินเป็นอันดับแรกเพราะเป็นวิธีการที่มีข้อมูลสนับสนุนและปลอดภัยที่สุด หากผู้ป่วยกินไม่ได้แนะนำใช้วิธีการอื่น เช่น แผ่นแปะ การให้ยาใต้ลิ้น หรือเหน็บทางทวารหนัก ก่อนเลือกการให้ยาใต้ผิวหนัง (subcutaneous drug administration)

ตารางที่ 4. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและวิธีการจัดการอาการ

อาการ	ชื่อยา	ขนาดและวิธีการให้ยา	หมายเหตุ
ปวด	Morphine	- Opioid naïve: immediate-release morphine (10mg/tab/5ml) ขนาด 5 mg PO q1-2h PRN หรืออาจเริ่ม controlled-release morphine (MST) 10 mg PO q8h (กรณีที่มีอาการปวดตลอดเวลา) ร่วมกับการให้ PRN dose ช้างต้น - หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ SC morphine ให้คิด PO:SC dose เท่ากับ 3:1	- กรณีที่ CKD stage 4 หรือ cirrhosis child B ขึ้นไปและในผู้สูงอายุ ควรลดขนาดของยาลงครึ่งหนึ่ง - Breakthrough dose (BT) คิดเป็นร้อยละ 10-15 ของ total daily regular opioid dose
	Fentanyl patch	Fentanyl 12mcg (equivalent to MO 30-45mg/24 hours) Fentanyl 25mcg (equivalent to MO 60-90 mg/24 hours) เปลี่ยนแผ่นใหม่ทุก 3 วัน (ควรสั่ง immediate-release morphine เป็น BT dose ร่วมด้วยเสมอ)	ควรใช้ Fentanyl patch ในผู้ป่วยที่อาการคงที่หรือทราบปริมาณ oral morphine equivalent ต่อวันที่ผู้ป่วยต้องการ
หอบเหนื่อย หายใจลำบาก	Immediate-release morphine (tab/syrup), Fentanyl patch	กรณีไม่เคยได้รับ opioids มาก่อนและไม่มีอาการปวด ให้เริ่มขนาดประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดที่แนะนำในการจัดการอาการปวดช้างต้น เช่น immediate-release morphine 2.5-5 mg PO q1-2h PRN กรณีผู้ป่วยใช้ regular opioids สำหรับอาการปวดอยู่แล้ว ให้ปรับยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-50 และใช้ breakthrough dose ในการลดอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันด้วย	- อาจใช้ผ้าเย็บเช็ดที่บริเวณใบหน้า แทนการใช้พัดลมเป่าที่หน้าเพราะอาจทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น ² - การให้ออกซิเจนทาง nasal cannula ควรให้ต่ำกว่า 6 L/min เพื่อลดการเกิด aerosol ³ และไม่ควรพ่นยาด้วย nebulizer กรณีจำเป็นต้องให้ยาพ่น ควรใช้เป็น MDI และให้ผู้ป่วยหายใจผ่าน spacer แทน - ไม่ควรใช้ home CPAP/BiPAP เนื่องจากทำให้เกิด aerosol ได้ - หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอโดยไม่จำเป็น - กรณีที่ไม่ตอบสนองต่อopioids อาจพิจารณา palliative sedation ใดๆก็ตามควรปรึกษาแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน Palliative care
	Lorazepam	0.5 – 1 mg PO/SL HS	ใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมี anxiety/agitation ที่อาจส่งผลต่ออาการหอบเหนื่อย
เสียงดังครืดคราด ในลำคอ	Hyoscine	20 mg SC q4-6h or CSCI 20 to 120 mg per day	- ควรใช้การปรับเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยในการนอน เช่น จัดทำให้ศีรษะผู้ป่วยสูงขึ้นและนอน ตะแคงช้าง
	Butylbromide		
	Glycopyrrolate	0.2 mg SC q4-6h or 0.1 mg SL q6h PRN	
	Atropine 1% ophthalmic drops	1 to 4 drops SL q4h PRN	

การใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน^{4, 5}

ในสถานการณ์การระบาดนี้ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจจำเป็นต้องให้การประเมินผู้ป่วยและแนะนำวิธีการดูแลแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวผ่านการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่บ้านมากขึ้น ข้อดีของการสื่อสารผ่านการแพทย์ทางไกลคือ ทำให้เกิดความปลอดภัยป้องกันการติดเชื้อของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทีมสุขภาพที่ดูแล สามารถทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถติดต่อทีมสุขภาพได้ในสถานการณ์วิกฤต นอกจากนั้นทำให้สามารถสังเกตสีหน้าหรือท่าทางของท่านระหว่างที่ท่านกำลังสนทนากับผู้ป่วย/ครอบครัวได้ซึ่งต่างจากการตรวจผู้ป่วยตามปกติ คำแนะนำในการพูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัวผ่านระบบแพทย์ทางไกลมีดังต่อไปนี้

1. เรียนรู้และเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่และความสะดวกที่ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถสื่อสารกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องเข้าถึงเครือข่าย internet และอุปกรณ์ที่ใช้สื่อสาร เช่น smartphone, tablet หรือคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่ผู้ป่วย/ครอบครัวอาจมีปัญหาเรื่องสัญญาณ internet ระหว่างการสนทนาให้พิจารณาใช้การโทรศัพท์พูดคุยเป็นช่องทางสำรองเสมอ

2. ก่อนเริ่มใช้ระบบควรมีเจ้าหน้าที่ที่ทราบวิธีการติดตั้งโปรแกรม/อุปกรณ์ติดต่อไปล่วงหน้า 1-2 วันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบวิธีการและทดสอบการใช้อุปกรณ์สื่อสารกับทีมท่าน

3. ในส่วนของแพทย์เอง ให้ท่านคิดว่าผู้ป่วยจะเห็นหน้าท่านหรือทีมอย่างไรผ่านหน้าจอ เตรียมจัดวางสิ่งที่เป็นระหว่างการสนทนา เช่น แฟ้มประวัติ ปากกา หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่อาจจำเป็นต้องใช้ในขณะติดต่อกับผู้ป่วย จัดให้กล้องของอุปกรณ์เห็นภาพท่านเหมือนกับเวลาที่ท่านกำลังคุยกับผู้ป่วยจริงๆ เช่น ผู้ป่วยมองท่านผ่านทางหน้าจอและอยู่ในระดับสายตาเดียวกัน บริเวณที่ท่านใช้พูดคุยกับผู้ป่วยควรสงบ ไม่มีเสียงรบกวน และมีความเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างเพียงพอที่ผู้ป่วยจะเห็นท่านระหว่างการสนทนา และไม่มีฉากหลังที่เบี่ยงเบนความสนใจมากเกินไป ข้อแนะนำในการเลือกอุปกรณ์คือควรใช้ tablet หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถวางไว้บนโต๊ะมากกว่าการใช้ smartphone เนื่องจากหากท่านต้องถืออุปกรณ์ระหว่างการสนทนาอาจจะทำให้ภาพที่ผู้ป่วยเห็นท่านเกิดการสั่นไหว ทำให้คู่สนทนาอาจเวียนศีรษะได้

3. เมื่อผู้ป่วยติดต่อมา ท่านอาจช่วยเหลือให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถจัดวางอุปกรณ์ให้เหมาะสมเพื่อให้ท่านเห็นหน้าผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างเหมาะสมเวลาพูดคุย หลังจากที่เตรียมทุกอย่างแล้ว ให้ท่านไม่ต้องสนใจเรื่องเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์อีก

4. เมื่อเริ่มการสนทนา อาจทักทายผู้ป่วย/ครอบครัวว่ารู้สึกอย่างไรที่ต้องสื่อสารผ่านระบบแพทย์ทางไกลซึ่งอาจไม่คุ้นเคยมาก่อน ให้แนะนำทีมของท่านกรณีที่มีทีมของท่านเข้าร่วมรับฟังด้วย และถามผู้ป่วยเพื่อให้แนะนำสมาชิกครอบครัวที่ร่วมรับฟังในการสนทนา

5. พูดคุยซักประวัติข้อมูลที่เป็นเหมือนกับที่ท่านจะถามในกรณีปกติ พยายามมองที่กล้องมากกว่าจะมองอ่านแฟ้มเพียงอย่างเดียว กรณีที่มีหลายคนเข้าประชุมพร้อมกันอย่าลืมแนะนำให้คนที่ไม่ได้พูดปิดไมค์ระหว่างการรับฟังการสนทนา ประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อทดแทนการเยี่ยมบ้านตามปกติให้มากที่สุด เช่น ท่านสามารถร้องขอให้ผู้ป่วยแสดงรายการยาที่ใช้อยู่ให้ท่านดูผ่านกล้อง ทักทายทำความรู้จักกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่านกล้องหรือแม้แต่ให้ผู้ป่วยพาไปชมว่าบริเวณบ้านของผู้ป่วยเป็นอย่างไร เป็นต้น

6. เข้าใจข้อจำกัดบางอย่างของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล เช่น การตรวจร่างกายบางอย่างอาจทำไม่ได้ และหากจำเป็นต้องตรวจ ควรมีทีมสุขภาพสามารถเข้าไปประเมินผู้ป่วยได้เมื่อจำเป็น

7. เมื่อจบการสนทนา ควรบันทึกประเด็นสำคัญไว้ในเวชระเบียน พร้อมทั้งพิมพ์สรุปประเด็นสั้นๆ ที่ท่านต้องการแนะนำผู้ป่วย/ครอบครัวในครั้งนั้น แล้วอาจส่งเป็นข้อความหรือ Email ให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว พร้อมทั้งเสนอให้ผู้ป่วย/ครอบครัวให้ความเห็น/ตอบกลับทาง Email เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามดูแลในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts: Interim guidance 2020 17 March 2020. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
2. Institute CS. Breathlessness management guidelines for community professionals to use to care for patients with known or suspected COVID-19 in community settings. 2020. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/item/breathlessness-management-guidelines-for-community-professionals-to-use-to-care-for-patients-with-known-or-suspected-covid-19-in-community-settings>.
3. Ferioli M, Cisternino C, Leo V, Pisani L, Palange P, Nava S. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. *Eur Respir Rev.* 2020;29(155).(pii):29/155/200068. doi: 10.1183/16000617.0068-2020. Print 2020 Mar 31.
4. Fratkin M. Telemedicine: Virtual Connection in an Age of Social Distancing March 25, 2020. Available from: <https://www.capc.org/blog/telemedicine-virtual-connection-age-social-distancing/>.
5. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *J Pain Symptom Manage.* 2020;31(20):30170-6.

การตัดสินใจทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัด ในสถานการณ์ COVID-19

สถานการณ์ภัยพิบัติจากโรคระบาด เป็นสภาวะที่เราต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามกับชีวิตและสวัสดิภาพของประชากร โดยมีผู้ได้รับผลกระทบที่ต้องได้รับการดูแลรักษามีจำนวนมากและบางครั้งเกินกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ การเตรียมการล่วงหน้า การบริหารจัดการที่รวดเร็วเป็นระบบ และเหมาะสมกับสถานการณ์จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตลงได้ การระบาดของ COVID-19 เป็นสถานการณ์ที่คุกคามกับประเทศ เนื่องจากสามารถแพร่กระจายได้มาก และการเจ็บป่วยมีโอกาสมีอาการรุนแรงที่ต้องการการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงต้องใช้บุคลากรและทรัพยากรต่างๆ จำนวนมาก เป็นการรักษาที่หนักหน่วงและมีอัตราการตายร้อยละ 0.25 ถึง 3.0¹ ในประเทศ Italy ซึ่งเป็นประเทศที่มีอัตราการตายสูงมาก มีผู้เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 12.7 อัตราตายยังพบสูงขึ้นในผู้สูงอายุ บาง ได้แก่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี (>ร้อยละ 14) และผู้ที่มีโรคร่วม (ร้อยละ 10 ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวาน)² หลายประเทศในยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่มีผู้ป่วยหนักจำนวนมาก ก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤติและเครื่องช่วยหายใจอย่างรุนแรง ในประเทศ Italy พบว่าร้อยละ 10-25 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์จำเป็นต้องมีการตัดสินใจว่าจะเลือกให้ผู้ป่วยคนใดได้รับเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงบางครั้งแพทย์ต้องถอดถอนเครื่องช่วยหายใจจากผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีโอกาสหายมากกว่า สถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมและปัญหาด้านจิตใจแก่แพทย์ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจ

การแบ่งปันทรัพยากร

เป็นการตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อรักษาชีวิตและการเจ็บป่วยของผู้คนให้มากที่สุดที่จะเป็นไปได้ (Save the most lives) แต่เนื่องจากมีความต้องการสูงแต่ทรัพยากรที่มีจำกัด จึงต้องจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในสถานการณ์ฉุกเฉินหลักการของประโยชน์นิยม (Utilitarian approach)³ ซึ่งคือการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของคนหมู่มาก จะนำมาใช้แทนการเคารพสิทธิของผู้ป่วยแต่ละคน ในกรณีการระบาดของ COVID-19 ผู้ป่วยบางคนอาจได้รับการปฏิเสธการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและเข้าไม่ถึงเครื่องช่วยหายใจถ้าแพทย์มีความเห็นว่าผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่ดี หรือในบางกรณีแพทย์อาจตัดสินใจยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยที่คาดว่าผลลัพธ์การรักษาจะดีกว่า

British Medical Association ได้วางกรอบการตัดสินใจพิจารณาแบ่งปันทรัพยากรโดยต้องมีการพิจารณาดังนี้:⁴

- เหมาะสมกับสถานการณ์
- อาศัยหลักฐานข้อมูลทางคลินิกที่ดีที่สุด รวมถึงความเห็นต่างๆ ของทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ
- ยึดหลักการทางจริยธรรมและความเป็นเหตุเป็นผล
- ข้อตกลงต้องมีการทำไว้ล่วงหน้าและรับทราบว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป
- ผู้ตัดสินใจควรประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพที่หลากหลายมากที่สุดที่จะเป็นไปได้
- สื่อสารอย่างเปิดเผยและโปร่งใส
- สามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยน

เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดสรรทรัพยากรเนื่องจากความจำกัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างเห็นอกเห็นใจ ซึ่งประกอบด้วยการจัดการอาการให้สบาย และถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตต้องมีการดูแลประคับประคองให้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจไม่ใช้หรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพจากภาวะความจำกัดของทรัพยากรจะมีผลกระทบอย่างมากต่อทีมสุขภาพที่ให้การดูแล รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย จึงต้องมีมาตรการการเยียวยาแก่บุคคลกลุ่มนี้ด้วย

การคัดแยกผู้ป่วย (Triage)

ในภาวะภัยพิบัติจากโรคระบาด มีความจำเป็นที่ต้องมีระบบคัดแยกผู้ป่วย เพื่อจัดระดับการตอบสนองหรือการรักษาตามสถานะของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นการคัดแยกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนหรือผู้ป่วยที่สามารถรอดตามอาการ รวมถึงคัดแยกผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไม่สามารถให้การรักษาได้ หรือแม้ให้การรักษาอย่างเต็มที่ก็อาจมีโอกาสรอดน้อยมาก การคัดแยกผู้ป่วยเป็นแบบแผนของการจัดสรรทรัพยากรให้ได้ใช้ประโยชน์ได้สูงสุดในสถานะที่มีความจำกัดของทรัพยากร ซึ่งคือกำลังคนและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ

การตัดสินใจในภาวะภัยพิบัติทางสาธารณสุขจะไม่เหมือนสถานการณ์ในการให้การดูแลในภาวะปกติซึ่งยึดสิทธิของผู้ป่วยแต่ละคน (patients' autonomy) แต่ในสถานการณ์ที่มีความขาดแคลนทรัพยากรจะมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ของประชากรโดยรวม (population-level health outcome) เป็นที่ทราบว่ายัตราตายของการติดเชื้อ COVID-19 สัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้เปราะบาง และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ดังนั้นสถานะดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยในการคัดแยกผู้ป่วยออกจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทีมที่ทำหน้าที่คัดแยกจำเป็นต้องทราบข้อกำหนดที่ทำการตกลงกันไว้ล่วงหน้า ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่เหมาะสมที่จะรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ควรต้องมีการทำเอกสารปฏิเสธการกู้ชีพ เนื่องจากหัตถการกู้ชีพจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อซึ่งเกิดอันตรายต่อทีมสุขภาพที่ให้การดูแล

การยับยั้ง/ถอดถอนการรักษาในภาวะทรัพยากรจำกัด

ในสมัยอดีตเมื่อ 50 ปีที่แล้ว การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้และถือว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ในปัจจุบันที่เทคโนโลยีในการรักษาภาวะวิกฤติก้าวหน้าไปอย่างมาก ทำให้มีการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยวิกฤติที่มีการใช้เครื่องพยุงชีพให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ในปัจจุบันการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในหอผู้ป่วยวิกฤติเป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ⁵ โดยทั่วไปการถอดถอนเครื่องพยุงชีพ โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจ ในหลายประเทศสามารถทำได้เมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนซึ่งมักเป็นครอบครัว⁶ แต่แพทย์ไม่สามารถถอดถอนเครื่องช่วยหายใจถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ยินยอม ในกรณีเกิดภาวะภัยพิบัติจากโรคระบาดและการขาดแคลนทรัพยากร บางรัฐหรือบางประเทศมีการออกกฎหมายที่ให้ความสำคัญคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่คัดแยกเห็นว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจจะไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ทีมสุขภาพสามารถพิจารณาถอดถอนเครื่องช่วยหายใจได้แม้ผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ยินยอม และแม้ว่าจะไม่ได้เข้าข่ายการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์⁷ สถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะที่บีบคั้นจิตใจของทีมสุขภาพและต่อครอบครัว จึงต้องทำอย่างมีกฎเกณฑ์และกระทำอย่างโปร่งใส หลักการทางจริยธรรมไม่มีความแตกต่างระหว่างการยับยั้งหรือถอดถอนการรักษา แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์อาจรู้สึกว่าการถอดถอนการรักษาเป็นเรื่องที่ทำทนายและกระทบจิตใจมากกว่า

แนวคิดทางจริยธรรมในการแบ่งปันทรัพยากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ภัยพิบัติจากโรคระบาด

Prof. Ezekiel Emanuel แพทย์สาขาโรคมะเร็งและเป็นนักจริยศาสตร์จาก University of Pennsylvania ได้ทบทวนแนวคิดทางจริยศาสตร์เกี่ยวกับ ventilator allocation ในภาวะที่มีความขาดแคลน โดยได้ให้แนวคิดดังนี้

- Maximizing the benefits produced by scarce resources คือการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด หมายถึงการช่วยชีวิตคน (saving lives) ให้มากที่สุด หรือช่วยระยะเวลารอดชีวิต (life-years) ให้มากที่สุด ซึ่งคือการช่วยผู้มีโอกาสรอดชีวิตที่มีโอกาสอยู่ได้นานที่สุดถ้าได้รับการใช้ทรัพยากรนั้น
- Treating people equally การได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียม ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสถานะเดียวกันควรมีสถานะเท่าเทียมกันในการรักษา ในกรณีมีหลายคนอาจใช้หลักการ first-come, first serve คือการได้รับการรักษาตามลำดับก่อนหลัง หรือใช้วิธีการสุ่มเลือก
- Promoting and rewarding instrumental value คือการใช้เครื่องมืออย่างมีผลตอบแทนและมีคุณค่ามากที่สุด โดยใช้ในผู้ที่ทำคุณประโยชน์แก่ผู้อื่น เช่นบุคลากรทางการแพทย์ โดยหวังรักษาให้หายเพื่อกลับมารักษาผู้ป่วยได้ หรือผู้ร่วมในงานทดลองวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ของมวลมนุษยชาติ
- Give priority to the worst off คือการให้การรักษาผู้ป่วยที่ป่วยหนักที่สุดก่อน

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาการแบ่งปันทรัพยากรในสถานการณ์ขาดแคลน

การใช้เครื่องมือในการประเมินจะช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยทำได้เหมาะสมและรวดเร็วที่สุด เครื่องมือที่ใช้การใช่มากที่สุดเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและโอกาสรอดชีวิตจากภาวะวิกฤติคือ Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมิน short term survival ในผู้ป่วยภาวะวิกฤติ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการใช้การประเมินด้วยเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งอย่างเดียวยังไม่สามารถสะท้อนสถานะของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษาได้ บางแนวทางได้นำ comorbidity ของผู้ป่วยและ Clinical Frailty Score เข้ามาประกอบ อายุส่วนใหญ่มักไม่นำมาใช้ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมที่รุนแรง

ใครควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติและใช้เครื่องช่วยหายใจ และจะมีการบริหารจัดการอย่างไร?

ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 และทำให้เกิดภาวะวิกฤติจากการขาดแคลนเครื่องช่วยหายใจ ในหลายประเทศที่ประสบปัญหาเหล่านี้ได้มีการกำหนดแนวทางการคัดแยกและให้การดูแล โดยการประเมินสถานะผู้ป่วยและใช้เครื่องมือที่ช่วยในการคัดแยก แต่ละประเทศมีบริบทและระบบสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน เราสามารถเรียนรู้จากประเทศที่เผชิญกับปัญหานี้มาก่อน และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศเรา

ประเทศสหราชอาณาจักร⁹

ได้จัดทำแนวทาง COVID-19 rapid guideline critical care in adults เพื่อทีมสุขภาพในการพิจารณารับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติดังนี้

- พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงความเสี่ยง ผลดีผลเสียและผลลัพธ์ที่อาจเกิดจากการรักษาในแนวทางต่างๆ
- ทีมสุขภาพดูแลภาวะวิกฤติประเมินผู้ป่วย โดยประเมิน Clinical Frailty Score (CFS) กรณีที่ CFS ≥ 5 และสูงอายุผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาพุงชีพในหอผู้ป่วยวิกฤติจะไม่แน่นอนและอาจไม่ได้ประโยชน์ (CFS ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยอายุน้อยที่มี disabilities ควรประเมินรายตัว) นอกจากนี้ควรพิจารณาว่ามีโรคร่วม (comorbidities) ที่มีความรุนแรงหรือไม่ รวมถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของผู้ป่วย ไม่ควรใช้ CFS

เป็นตัวตัดสินใจเพียงตัวเดียว

- ทีมสุขภาพนอกหอผู้ป่วยวิกฤติช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยไม่เหมาะสมในการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือกรณีผู้ป่วยไม่เลือกการรักษาพยาบาล
- ทีมสุขภาพพูดคุยเรื่องการปฏิเสธการกู้ชีพ (Do Not Resuscitate)

ประเทศเบลเยียม¹⁰

Belgian Society of Intensive Care Medicine ได้ออกข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะวิกฤติ ในสถานการณืขาดแคลนทรัพยากร ดังนี้

- ให้มีการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยผู้ป่วยที่เปราะบาง เช่นผู้สูงอายุในสถานดูแลสูงอายุควรได้รับการบ่งชี้และมีการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า เพื่อลดความแออัดของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การทำแผนดูแลล่วงหน้าควรครอบคลุม
 - แผนการการกู้ชีพ
 - การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - การรับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ
 - การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
 - การใช้ non-invasive mechanical ventilation
 - การใช้ยาพ่วงความดัน
 - การล้างไต
- การกู้ชีพนอกโรงพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะโอกาสประสบความสำเร็จน้อยและมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้มาก เป็นอันตรายต่อทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย
- การพิจารณาทางจริยธรรมในการคัดแยกผู้ป่วย โดยพิจารณา ดังนี้
 - การพูดคุยเรื่องการจัดระดับและขอบเขตการรักษาหรือการปฏิเสธการรักษาควรมีแพทย์อย่างน้อย 2-3 คนซึ่งมีแพทย์เชี่ยวชาญด้านการรักษาภาวะวิกฤติอยู่ด้วย กรณีไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรมีระบบ teleconsultation กับเครือข่ายในโรงพยาบาลอื่น
 - ผู้ป่วย COVID-19 จำนวนมากเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราการตายสูง อย่างไรก็ตามอายุไม่ใช่ปัจจัยที่ใช้คัดแยกผู้ป่วยออก
 - เมื่อรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังประเมินว่าผู้ป่วยมีแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าอยู่แล้วหรือไม่
 - ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่เปราะบาง ให้ใช้ Clinical Frailty Score ในการประกอบการตัดสินใจ
 - ประเมินการรับรู้ (cognitive function) ของผู้ป่วย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ
 - ผู้ป่วย terminal cancer, severe comorbidities เช่น end-stage organ failure (dialysis, heart failure, cirrhosis) ควรนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจด้วย
 - ความฉุกเฉินของสถานการณ์
 - ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีผลการประเมินใกล้เคียงกัน ให้จัดสรรทรัพยากรโดยใช้หลัก “first come first serve” หรือโดยวิธีเลือกสุ่ม
 - การขึ้นทะเบียนการคัดแยกผู้ป่วย ต้องมีการบันทึกและมีความโปร่งใส
 - ควรมีการประคับประคองจิตใจทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย

ประเทศ Italy¹¹

Societa Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva ได้ออกข้อเสนอแนะด้านการพิจารณาทางจริยธรรมในการจัดสรรทรัพยากรในภาวะที่มีจำกัดในการดูแลภาวะวิกฤติ ดังนี้

- กำหนดข้อบ่งชี้ในการรับเข้ารักษาและจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติไว้ล่วงหน้าตั้งแต่แรกเริ่ม โดยสามารถปรับได้ตามสถานการณ์ของความจำกัดของทรัพยากร แนวทางนี้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยปกติ
- ปัจจัยการรับเข้าในการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติได้แก่ อายุ โรคร่วม และสมรรถนะ (functional status) การมีโอกาสใช้ทรัพยากรเป็นระยะเวลายาวนานซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุเป็นปัจจัยที่นำมาพิจารณาด้วย
- การประเมินทบทวนแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าและเอกสารปฏิเสธการพองชีพในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพที่ให้การดูแลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การกำหนดขอบเขตการดูแลไว้ล่วงหน้า การปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ได้จำกัดการใช้ non-invasive ventilatory support
- ในภาวะขาดแคลนทรัพยากรอย่างรุนแรง การปฏิเสธไม่ใช้เครื่องพองชีพอย่างใดอย่างหนึ่งให้ผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยยังมีความต้องการการรักษาดังกล่าว แต่แพทย์เห็นว่าอาจเกิดประโยชน์น้อยถือว่าเหมาะสม
- การขอความเห็นที่สอง (second opinion) อาจเป็นประโยชน์กรณีปัญหาซับซ้อนตัดสินใจลำบาก
- การดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการที่จำเป็นต้องจัดให้มี ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษาโดยใช้เครื่องพองชีพ หรือผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าจะเสียชีวิตหรืออยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิตควรได้รับการดูแลนอกหอผู้ป่วยวิกฤติและดูแลให้สุขสบาย
- ผู้ป่วยทุกคนที่รับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติให้ถือหลักการ “ICU trial” คือทดลองรักษา และต้องมีการประเมินวันต่อวัน และถ้าไม่ตอบสนองหรือการรักษาไม่ได้ผลดีตามที่คาด ควรถอดถอนเครื่องพองชีพเพื่อให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยคนอื่น
- การตัดสินใจยับยั้ง/ถอดถอนเครื่องพองชีพโดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจควรต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจในทีมสุขภาพ และควรมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบในเวลาที่เหมาะสมทันการ
- Extracorporeal Membrane Oxygenator ควรจำกัดการใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีผลการรักษาดีเท่านั้น
- ควรมีเครือข่ายทีมสุขภาพเพื่อแบ่งปันทรัพยากรและประสบการณ์ ควรมีการพูดคุยซักถามกันเป็นระยะ
- ติดตามดูแลบุคลากรที่อาจเกิดภาวะหมดไฟ หรือมีความคับข้องทางจิตใจและให้การดูแล

สหรัฐอเมริกา¹²

The New York State Department of Health and the New York State Task Force on Life and the Law ได้ออกแนวทาง Allocation of Ventilators in Public Health Disaster โดยการประเมินทางคลินิกโดยกำหนด **Exclusion Criteria for Ventilator Access** ซึ่งได้แก่

- Cardiac arrest: unwitnessed arrest, recurrent arrest, arrest unresponsive to standard measures, trauma-related arrest
- Metastatic malignancy with poor prognosis
- Severe burn: body surface area >40%, severe inhalation injury
- End-stage organ failure

- Cardiac: New York Heart Association class III or IV
- Pulmonary: severe chronic lung disease with FEV₁ <25%
- Hepatic: MELD score >20
- Renal: dialysis dependent
- Neurological: severe, irreversible neurological event/condition with high expected mortality

หลังจากนั้นคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ SOFA โดยคัดแยกออกเป็นความรุนแรงตามโค้ดสี ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5. การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ SOFA Score

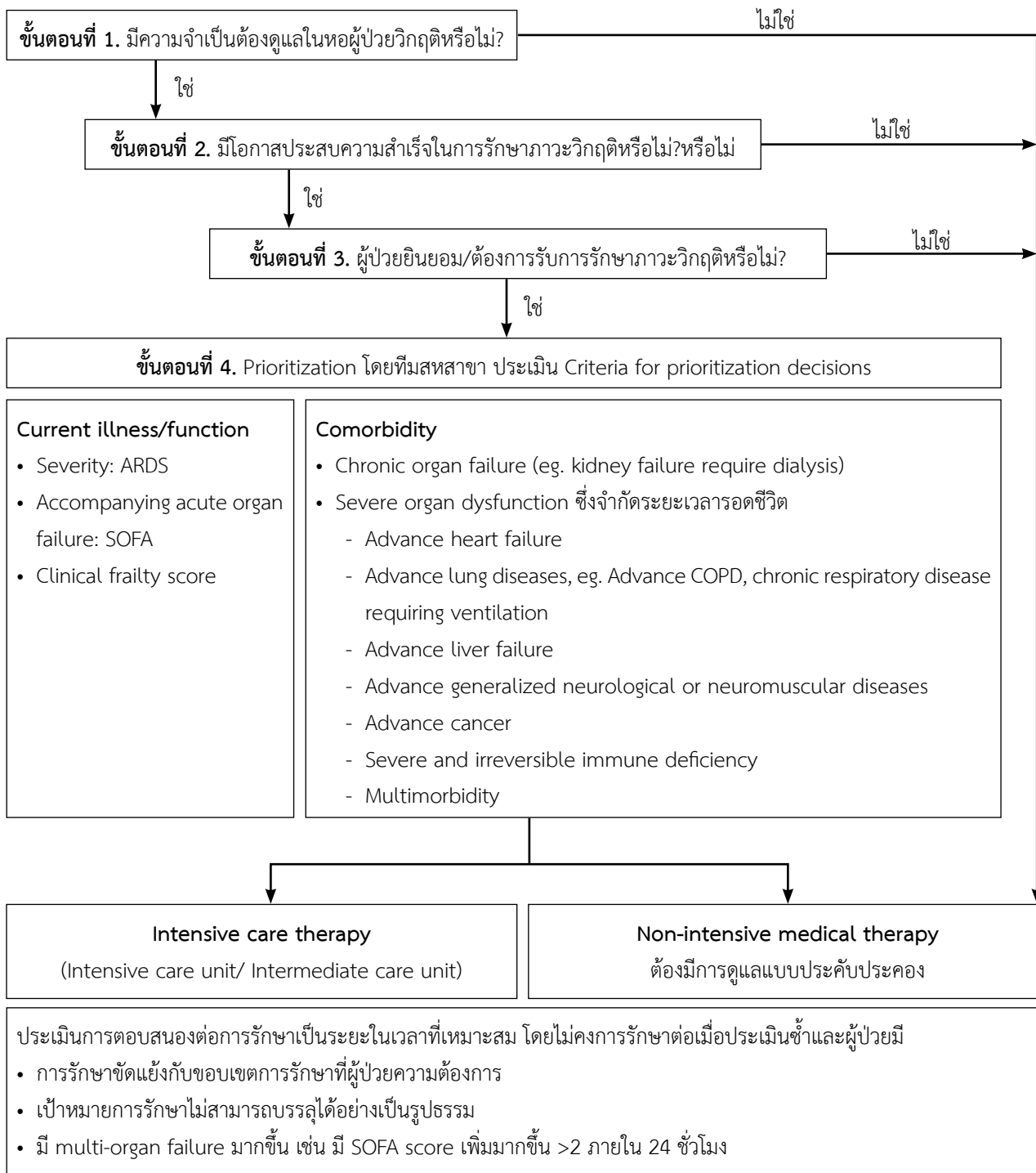
Adapted OHPIP Triage Tool (Initial assessment)		
Color Code	Criteria	Priority/Action
Blue	Exclusion criteria* or SOFA >11*	High probability of mortality; should be discharged from critical care; medical management + palliate and d/c
Red	SOFA score ≤7 or single organ failure	Highest priority for critical care
Yellow	SOFA score 8-11	Intermediate priority for critical care
Green	No significant organ failure	Low probability of mortality; defer or d/c, reassess as needed
OHPIP indicates Ontario Health Plan for influenza Pandemic; d/c discharge		
* If exclusion criteria or SOFA >11 occurs at any time between the initial assessment to 48 hours, change triage code to blue and palliate		

ประเทศ Germany¹³

องค์กร The German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI) ได้ออกแนวทาง Decisions on the allocation of emergency and critical care resources in the context of the COVID 19 pandemic โดยได้กำหนด Criteria for prioritization decisions โดยอาศัยข้อมูลดังนี้

- สถานะคลินิกในปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น ARDS, severe trauma, severe burns, cerebral hemorrhage
- ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลในปัจจุบันหรือที่เคยบอกไว้
- Comorbidities ของผู้ป่วยจากประวัติที่มีการบันทึกไว้ และระดับความรุนแรง
- สถานะทั่วไปหรือสมรรถนะของผู้ป่วย โดยประเมินจาก Clinical Frailty Score
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- Prognostic relevant score เช่น SOFA score

แผนภูมิที่ 4. แนวทางการตัดสินใจในกรณีมีความจำกัดของทรัพยากรในการดูแลภาวะวิกฤติ



หลักการใช้ตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ

ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและมักเป็นหลักในแนวทางการตัดสินใจของประเทศต่างๆ ได้แก่ SOFA score, Clinical Frailty score, Comorbidity score (Charlson Comorbidity Index) บางแนวทางใช้อายุ หรือ cognitive status มาใช้ประกอบการตัดสินใจ ควรใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้ประกอบกันในการพิจารณา มีการใช้วิธีการให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้ความชัดเจนในการประเมิน ตัวอย่างเช่นในตารางที่ 6

ตารางที่ 6. Multi-Principle Strategy to Allocate Ventilators during a Public Health Emergency

Principle	Specification	1	2	3	4
Save the most lives	Prognosis for short-term survival (SOFA score)	SOFA score <6	SOFA score 6-9	SOFA score 10-12	SOFA score >12
Save the most years of life	Prognosis of long-term survival (Medical assessment of comorbidities)	No comorbidities which limit long-term survival	Minor comorbidities with small impact on long-term survival	Major comorbidities with substantial impact on long-term survival	Severe comorbidities; likely death within 1 year
Life cycle principle	Prioritize those who have had the least chance to live through life's stages (age in years)	Age 12-40	Age 41-60	Age 61-74	Age >75

White DB, et al. Ann Intern Med 2009;150:132-8.¹⁴

การกำหนดตัวชี้วัด คำนำน้าหนักการให้คะแนนขึ้นกับแต่ละองค์กร และบริบทของระบบสุขภาพของแต่ละแห่ง รวมถึงสถานการณ์ขณะนั้น

ใครเป็นผู้ตัดสินใจ?

โดยทั่วไปแนะนำว่าไม่ควรเป็นแพทย์ผู้รักษาตัดสินใจด้วยตนเอง ควรมีคณะกรรมการที่เรียกว่า “Triage committee” ทำหน้าที่ช่วยกันพิจารณา คณะกรรมการควรประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์อาวุโส แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เรื่องการดูแลประคับประคอง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ที่ช่วยกันกำหนดนโยบายการจัดสรรทรัพยากร กรณีมีการ ยับยั้งหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพจากการจำกัดของทรัพยากร คณะกรรมการควรเป็นผู้แจ้งแก่ครอบครัว ต้องมีการ ติดตามต่อเนื่องถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คณะกรรมการควรได้รับการแต่งตั้งโดยโรงพยาบาล หรือกรณีมีนโยบายและแนวทางการดำเนินการระดับชาติจะช่วยให้การทำงานเป็นรูปธรรมมากขึ้น หลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต การกำหนดนโยบายควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

สถานการณ์ที่ต้องแบ่งปันทรัพยากรที่จำกัด เป็นสถานการณ์ที่ร้ายแรงที่จำเป็นต้องมีการเตรียมการล่วงหน้า ผลลัพธ์ของการไม่เตรียมตัวจะก่อให้เกิดการสูญเสีย ความโกลาหล ความเครียดแก่ทีมสุขภาพที่ดูแล ผลกระทบทาง จิตใจทั้งต่อทีมสุขภาพและครอบครัว รวมถึงความยุ่งยากที่อาจตามมาภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Wilson N, Kvalsvig A, Barnard LT, Bager MG. Case-fatality risk estimates for COVID-19 calculated by using a lag time for fatality. *Emerging Infect Dis* 2020 March 13; 26 (6). Doi: 10.3201/eid2606.200320. (Epub ahead of print).
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020; 323:1239-42.
3. Kirkwood K. In the name of the greater good?. *Emerg Health Treats J* 2010, 2:e12. Doi:10.3134/ehtj.09.012.
4. British Medical Journal. COVID-19 – ethical issues. A guidance note [Internet]. [cited 2020 April 21] <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>.
5. Orban JC, Walrave Y, Mongardon N, Allaouchiche B, Argaud L, et al. Causes and Characteristics of Death in Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study. *Anesthesiology* 2017;126:882-9.
6. Rao MJ. Legal issues related to the limitation of life support – a review of the international legal position. *Indian J Crit Care Med* 2005;9:115-9.
7. Hoffman S, Responder’s responsibility: liability and immunity in public health emergencies. *Georgetown law J* 2008;96:1916-9.
8. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *NEJM* 2020 April 17 (Epub ahead of print).
9. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. Publish 20 March 2020 [Internet]. [cited 2020 April 21]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/covid19-rapid-guideline-critical-care-in-adults-pdf-66141848681413>.
10. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, De Decker K, Wittebole X, et al. Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine. March 18, 2020 [Internet]. [cited 2020 April 21] Available from: <https://www.hartcentrumhasselt.be/professioneel/nieuws-professioneel/ethical-principles-concerning-proportionality-of-critical-care-during-the-covid-19-pandemic-advice-by-the-belgian-society-of-ic-medicine>
11. Societa Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances – Version n.1. Posted on March, 16th – 2020 [Internet]. [cited 2020 April 20]. Available from: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>
12. Powell T, Christ KC, and Burkhead GS. Allocation of ventilators in a public health disaster. *Disaster Med Pub Health Prep* 2020;2:20-26.
13. The German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI). Decisions on the allocation of emergency and critical care resources in the context of the COVID 19 pandemic. [cited 2020 April 15]. Available from: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/COVID-19_DIVI_Ethik_Empfehlung-Germany-EN.pdf
14. White DB, Katz MH, Luce J, and Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med* 2009;150:132-8.

การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าในสภาวะการระบาดของเชื้อ COVID-19

สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 ถือเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาว ควรต้องทบทวนทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าไว้ รวมถึงผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 จำเป็นต้องทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าทุกราย

ความสำคัญของการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า

การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าคือการที่บุคคลเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาในแนวทางที่ตัวเองต้องการ เพื่อในกรณีที่บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจ ไม่สามารถแจ้งความจำนงแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการแก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลได้ เมื่อมีเหตุแทรกซ้อนที่แพทย์ลงความเห็นว่าผลลัพธ์ของการรักษาอาจล้มเหลว หรือเมื่อผลการรักษาไม่สามารถทำให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หรือเมื่อโรคร้ายอยู่ในวาระสุดท้าย ในกรณีดังกล่าวข้างต้นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันจำนวนมากไม่ต้องการรับการรักษาที่รุกรานกับร่างกายและที่แพทย์เห็นว่าไม่ก่อเกิดประโยชน์หรือได้ประโยชน์น้อยแต่สร้างความทุกข์ทรมาน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่แข็งแรงดีอาจประสบอุบัติเหตุหรือป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่อาจทำให้สูญเสียสมรรถนะและการรับรู้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีคนจำนวนมากที่มีความเห็นว่าเป็นสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิต และถ้าผลลัพธ์เป็นเช่นนั้น บางคนอาจไม่ต้องการให้แพทย์ยืดการรักษาต่อผู้ป่วยจำนวนมากจึงทำแผนการดูแลสุขภาพตัวเองไว้ล่วงหน้า โดยเลือกการดูแลรักษาในแนวทางแบบประคับประคอง ซึ่งมีทีมดูแลประคับประคองช่วยดูแล ใช้จ่ายจัดการอาการไม่ให้เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน สามารถวางแผนและแจ้งความต้องการดูแลในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลในสภาวะแวดล้อมที่สงบ มีครอบครัวอยู่รายล้อม และจากไปอย่างสงบตามสภาวะโรคโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพต่างๆ มายื้อความตาย การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาในแนวทางที่ตนเองต้องการ ไม่ใช่ให้ลูกหลานหรือคนอื่นมาตัดสินใจให้ ซึ่งอาจทำให้ลำบากใจถ้าจะไม่รักษาอย่างเต็มที่ การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าทำให้ครอบครัวทราบความต้องการของผู้ป่วยและไม่ต้องลำบากใจในการตัดสินใจแทน ทำให้ทีมสุขภาพทราบและดำเนินการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าช่วยให้การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตเป็นไปได้อย่างราบรื่น¹ และพบว่าครอบครัวผู้สูญเสียที่มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่า ปัจจัยสำคัญที่ผู้ทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้ามักระบุว่า เป็นสิ่งที่ประโยชน์คือการได้มีโอกาสเตรียมตัว ไม่ต้องการเป็นภาระกับผู้อื่น และการรับรู้ว่ามีโอกาสควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง และเป็นการตายดี^{2,3}

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยการติดเชื้อ COVID-19

ขั้นตอนการทำแผนดูแลล่วงหน้า บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะโรค พยากรณ์โรค ทางเลือกของการรักษา ผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกที่แพทย์คาดหวัง คุณภาพชีวิตที่ตามมา ภาระความไม่สุขสบายและภาระที่อาจเกิดแก่ผู้ดูแล ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทีมดูแลประคับประคองต้องทราบข้อมูลที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการติดเชื้อ COVID-19 และสามารถถ่ายทอดข้อมูลเหล่านี้ในรูปแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ของตนเอง คิดทบทวนสิ่งที่ต้องการ และนำมาวางแผนการดูแลล่วงหน้า ข้อมูลเหล่านี้ ได้แก่

- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 พบว่ามีความรุนแรงแตกต่างกัน พบว่าร้อยละ 81 ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ไอ อาจมีหรือไม่มีปอดอักเสบระดับเล็กน้อย ร้อยละ 14 มีอาการมาก โดยพบมีอาการหอบ มีภาวะ hypoxia หรือมี lung involvement > ร้อยละ 50 ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ เช่น respiratory failure, shock, หรือ multi-organ dysfunction ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ อัตราตายโดยรวมพบร้อยละ 2.3⁴
- ปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรง สามารถพบได้ทุกอายุ และแม้ในคนที่สุขภาพแข็งแรง แต่พบว่าอาการรุนแรงพบบ่อยขึ้นในผู้สูงอายุหรือมีโรคร่วมเรื้อรังเหล่านี้
 - Cardiovascular disease
 - Diabetes mellitus
 - Hypertension
 - Chronic lung disease
 - Cancer (in particular hematologic malignancies, lung cancer, and metastatic disease)
 - Chronic kidney disease
 - Obesity
 - Smoking
- รายงานจากประเทศ Italy⁵ จากผู้ป่วย 355 รายที่เสียชีวิตด้วยการติดเชื้อ COVID-19 พบอายุเฉลี่ย 79.5 ปี พบมีโรคร่วมเฉลี่ย 2.7 โรค และมีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่ไม่มีโรคร่วมเลย โรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ ischemic heart disease, diabetes, active cancer, dementia โดยพบร้อยละ 30, 35.5 20.3, 6.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 7. แสดงอัตราตายมีความสัมพันธ์กับอายุผู้ป่วย^{4,5}

Age (Years)	Case-fatality rate China % ⁴	Case-fatality rate Italy% ⁵
80+	14.8%	20.2
70-79	8.0%	12.8
60-69	3.6%	3.5
50-59	1.3	1.0
40-49	0.4	0.4
30-39	0.2	0.3

ตารางที่ 8. แสดงอัตราตายสัมพันธ์กับโรคร่วมของผู้ป่วย⁵

Pre-existing Condition	Death Rate Confirmed Case	Death Rate All Case
Heart disease	13.2%	10.5%
Diabetes	9.2%	7.3%
Chronic lung disease	8.0%	6.3%
High blood pressure	8.4%	6.3%
Cancer	7.5%	5.6%
No pre-existing conditions		0.9%

- ผู้ป่วยที่มีอาการมากจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 32 ต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 15 เสียชีวิต⁴
- โดยทั่วไปแม้ในภาวะที่ไม่ใช่การติดเชื้อ COVID-19 มีการศึกษาในผู้สูงอายุมากกว่า 66 ปี ซึ่งเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติและใส่เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 14 วัน พบว่ามีเพียงร้อยละ 19 เท่านั้นที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ร้อยละ 40 จะเสียชีวิตภายใน 12 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่รอดชีวิตและได้กลับบ้าน มักมีสถานะที่ต้องพึ่งพิง บางรายมีภาวะถดถอยของการรับรู้⁷

ข้อมูลเกี่ยวกับพยากรณ์โรคดังกล่าวที่สมดุลและครอบคลุมต้องสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ง่าย ซึ่งจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจว่าในกรณีที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการวางแผนการรักษาระดับใด เมื่อถึงจุดที่ต้องรักษาพยุงชีพโดยใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยต้องการการรักษาดังกล่าวหรือเลือกการปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจและรักษาแบบประคับประคองแทน

การทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าในชุมชน

ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 การทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าก่อนมีภาวะวิกฤติเกิดขึ้นโดยการพูดคุยเรื่องเป้าหมายการดูแลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในผู้ป่วยที่มีการทำแผนดูแลล่วงหน้าปฏิเสธการพยุงชีพ จะช่วยให้แพทย์ดูแลในแนวทางให้สุขสบาย หลีกเลี่ยงการรักษาพยุงชีพ และหลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรที่ได้ผลประโยชน์น้อยในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้เป็นการลดความเสี่ยงจากการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากรทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง การทำแผนการดูแลล่วงหน้าจะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในแนวทางที่ต้องการ

ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุที่เปราะบางในชุมชน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสถานดูแลพักฟื้นหรือสถานสูงอายุ แพทย์ควรเริ่มพูดคุยเรื่องการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในสถานการณ์โรคระบาดซึ่งบริการปกติอาจมีการจำกัด อาจใช้วิธี video call กับผู้ป่วย ซึ่งอาจทำโดยแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งอาจเป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง

การทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าในโรงพยาบาล

ในผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลถ้าจำเป็นต้องมีการทำหัตถการหรือเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ส่วนใหญ่แพทย์จะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการกู้ชีพ (cardiopulmonary resuscitation, CPR) ซึ่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลควรต้องมีการทำแผนการดูแลล่วงหน้าและแผนการใช้หรือปฏิเสธเครื่องพยุงชีพและการกู้ชีพไว้ทุกราย แต่การคุยในเรื่องนี้ในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นเรื่องประหลาด ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนอยู่ในภาวะกลัว วิตกกังวล การพูดเรื่องการการพยุงชีพจึงเป็นสิ่งที่สร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากภาวะปอดบวมจากการติดเชื้อ COVID-19 มีความรุนแรงและผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ หัตถการดังกล่าวมีโอกาสให้เกิดการฟุ้งกระจายของเชื้ออย่างมาก โดยเฉพาะการทำ CPR การทำหัตถการเหล่านี้มีโอกาสทำให้บุคลากรสุขภาพมีโอกาสติดเชื้อสูง จำเป็นต้องมีการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้อุปกรณ์ PPE รวมถึงการทำ CPR ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักประสบความสำเร็จน้อย ดังนั้นการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าจึงมีความสำคัญในสภาวะการระบาดของ COVID-19

ขั้นตอนการสื่อสาร

การสื่อสารควรทำเป็นขั้นตอนดังในตารางที่ 9 ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงแนวคิด การมองเห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยเห็นว่าความสำคัญกับผู้ป่วย รับฟังปัญหา และให้การประคับประคองจิตใจ

ตารางที่ 9. ขั้นตอนการสื่อสาร การกำหนดเป้าหมายการดูแลและการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า

ขั้นตอนการพูดคุย	คำพูดที่ใช้
1. เริ่มการสนทนา - บอกวัตถุประสงค์ - ค้นหาแนวคิด ความคาดหวัง และการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย	“ผมอยากคุยกับคุณเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อโควิด การดำเนินโรค สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นในข้างหน้า และแนวทางการดูแล ผมอยากทราบจากคุณว่าอะไรที่มีความสำคัญสำหรับคุณมากที่สุด เพื่อที่ว่าเราจะได้ดูแลคุณในแนวทางที่คุณต้องการ” “คนส่วนใหญ่ที่ต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงมักวิตกกังวลว่าอนาคตข้างหน้าจะเป็นอย่างไร ความเจ็บป่วยจะดำเนินต่อไปอย่างไร จะมีผลกระทบต่อตัวเขาอย่างไร และมีแนวทางทำอะไรได้บ้าง” “อะไรที่คุณคิดว่ามีค่า/มีความสำคัญที่สุดสำหรับคุณ?” “คุณมองว่าคุณภาพชีวิตที่ดีคือเป็นอย่างไร?” “ถ้าคุณอยู่ในสภาวะที่ไม่การรับรู้ และไม่สามารถสื่อสารได้ คุณมองสภาวะการณ์นี้อย่างไร?”
2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับ COVID-19	“ก่อนอื่นผมอยากประเมิน ว่าคุณมีความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิดอย่างไร รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรค” “คุณรู้สึกอย่างไรบ้างหลังทราบว่าคุณติดเชื้อโควิด?”
3. ให้ข้อมูล เรื่อง โรค และ พยากรณ์โรค โดยให้เป็นส่วนๆ เช็กความเข้าใจของผู้ป่วย รับรู้ความรู้สึก ความกลัว วิตกกังวล ของผู้ป่วย ให้การประคับประคองจิตใจ	“โควิดเป็นไวรัสที่ติดต่อโดยฝอยละอองที่ออกมาเมื่อผู้ติดเชื้อ ไอ จาม การติดต่อเกิดเมื่อเราได้สูดเอาฝอยละอองจากผู้ติดเชื้อ เข้าทาง ปาก จมูก หรือตา อาจเกิดจากการสัมผัสสิ่งของต่างๆ ที่ปนเปื้อนเชื้อแล้วไปสัมผัสกับใบหน้า ปาก จมูก หรือตา” “โดยทั่วไปส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยเช่น มีไข้ ไอ หนึ่งในห้าของผู้ติดเชื้อมีอาการปานกลางถึงรุนแรงที่นำไปหาตรวจที่โรงพยาบาล และได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีเพียง 5 เปอร์เซ็นต์ที่มีอาการรุนแรง ต้องได้รับการรักษาในไอซียู และบางคนมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ”

ขั้นตอนการพูดคุย	คำพูดที่ใช้
	<p>“เราพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรง ได้แก่ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่แก่งอมนเปราะบางมีโอกาสเสียชีวิตสูง”</p> <p>“เป็นการยากที่จะทำนายว่าการดำเนินโรคข้างหน้าจะเป็นอย่างไร หอมหวังว่าอาการของคุณจะไม่รุนแรง”</p> <p>“อย่างไรก็ตามความที่คุณเป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรังหลายอย่าง คุณจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้ หอมคิดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เราต้องกำหนดเป้าหมายการดูแลไว้ก่อนล่วงหน้าเพื่อมีสิ่งไม่คาดคิดเกิดขึ้น”</p>
<p>4. ค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความหมาย - ความกลัว - แหล่งสนับสนุน - ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ การกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 	<p>“ถ้าเกิดการดำเนินโรคมีความรุนแรง เป้าหมายที่คุณต้องการคืออะไร คุณต้องการให้หมอดูแลคุณอย่างไร?”</p> <p>“สำหรับคุณอะไรที่มีความหมายสำหรับคุณที่สุด บางคนอาจเห็นว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด หมายถึงการมีชีวิตอยู่อย่างไม่ต้องพึ่งพิงติดเตียงและเป็นภาระแก่ผู้อื่น แต่บางคนที่สำคัญที่สุดคือมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดแม้ว่าจะอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่ละคนมีเป้าหมายการดูแลไม่เหมือนกัน คุณคิดอย่างไรบ้าง?”</p> <p>“กรณีที่ต้องใช้เครื่องพยุงชีพ เช่นใส่เครื่องช่วยหายใจ การกู้ชีพ ป้อนหัวใจ คุณคิดอย่างไร?”</p> <p>“กรณีคุณไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะตัดสินใจ คุณต้องการให้ใครตัดสินใจแทน?”</p>
<p>5. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับ การดูแลอย่างดีที่สุด ในทรัพยากรที่มีอยู่</p>	<p>“หอมอยากให้ทราบว่า เราจะให้การดูแลคุณอย่างดีที่สุดเ็นแนวทางที่คุณต้องการ ตามที่คุณได้บอกหอมไว้”</p> <p>“การตัดสินใจบางครั้งมีความยากลำบาก”</p>
<p>6. ปิดการสนทนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - สรุปสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเรา - เป้าหมายและแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย 	<p>“สรุปสิ่งที่เราคุยกันวันนี้ หอมหวังว่าจะช่วยให้คุณเข้าใจสถานการณ์ของโรค ซึ่งช่วยคุณในการวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้าในแนวทางที่คุณต้องการ”</p> <p>“เป้าหมายและแผนการดูแลที่คุณตัดสินใจวันนี้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หอมสามารถช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีคุณมีคำถามหรือข้อข้องใจ”</p> <p>“หอมจะได้ทำการสื่อสารให้ทีมที่ดูแลทั้งหมดทราบความต้องการของคุณ”</p>
<p>7. การบันทึกข้อมูลและการสื่อสารทีมสุขภาพ</p>	<p>บันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าและความต้องการการพยุงชีพในบันทึกเวชระเบียน และสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบโดยทั่วกัน</p>

สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ก่อให้เกิดความกลัววิตกกังวลแก่ประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว การมีแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นหัวใจที่สำคัญในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 และมีอาการรุนแรง การดูแลประคับประคองมีความสำคัญและจำเป็นต้องทำงานร่วมกันกับทีมที่ดูแลหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, and Silverter W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized control trial. *BMJ* 2010;340:c1345.
2. Smith RA. Good death “Age Concern Debate of the Age”. *BMJ* 2010; 320:129-30.
3. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Int Med* 2000;132:825-32.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020.;323:1239-42. doi:10.1001/jama.2020.2648
5. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020.April 28, 2020.
6. Parotto M, Herridge M. Outcomes after 1 week of mechanical ventilation for patients and families. *ICU Management & Practices* 2017;17:174-6.

การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19

การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตมักหมายถึงการดูแลในช่วงเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วันก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต โดยเป้าหมายการดูแลไม่มุ่งไปที่ตัวโรคแต่มุ่งให้ผู้ป่วยสุขสบาย ปลอดภัยจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานต่างๆ รวมถึงให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุจะมีความเปราะบาง กรณีเจ็บป่วยมักมีความรุนแรงและอาจไม่สามารถผ่านพ้นความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้ ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุบางคนอาจมีการวางแผนเป้าหมายการดูแลสุขภาพล่วงหน้าด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่ไม่ต้องการรักษารุกราน รวมถึงผู้ป่วยอาจปฏิเสธการใช้เครื่องพยุงชีพกรณีที่แพทย์มีความเห็นว่าอาจก่อเกิดประโยชน์น้อย เนื่องจากภาวะปอดบวมจาก COVID-19 อาจมีอาการรุนแรงในระดับที่ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและใช้เครื่องพยุงชีพ โดยทั่วไปผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติพบมีอัตราเสียชีวิตสูงและเมื่อหายจากโรคอาจอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และเสียชีวิตในเวลาอีกไม่นาน การศึกษาของ Orford, et al¹ พบว่าผู้ป่วยที่มี life-limiting illness ที่ได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติมีเพียงร้อยละ 48.4 ที่ได้มีโอกาสจำหน่ายกลับบ้าน และพบ 1-year mortality ร้อยละ 35.1 โดยพบว่า 1-year mortality พบสูงถึงร้อยละ 59.6 ในผู้ป่วยมะเร็ง และร้อยละ 47.3 ในผู้ป่วย frailty มีผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมากที่ทราบสถานการณ์และพยากรณ์โรค ส่วนใหญ่ไม่ต้องการอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่ต้องการฟังเพลงและเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ปฏิเสธการพยุงชีพและเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการจัดการอาการที่ดี โดยเฉพาะช่วงสุดท้ายของชีวิตให้สามารถเสียชีวิตได้อย่างสงบสบาย ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อการรักษาล้มเหลวและผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในระยะนี้ให้สุขสบายเช่นกัน ดังนั้นการจัดการอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยที่รักษาในแนวทางประคับประคอง โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต จึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เมื่อมีอาการเหล่านี้จะช่วยบอกว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต อาการเหล่านี้ได้แก่²

- อ่อนล้า ติดเตียง
- ซึม ตอบสนองน้อย หรือบางรายอาจมีภาวะสับสน
- ไม่สามารถกลืนน้ำ และยาได้

ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่มีปอดอักเสบและมีภาวะการหายใจล้มเหลวจะมีอาการหายใจลำบาก ไอ เจ็บหน้าอก หอบจนพูดไม่ได้ กระสับกระส่าย ทรมานทรมาย เสียจากภาวะขาดออกซิเจน อาจมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วงระยะเวลาเสียชีวิตอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรืออาจเป็นวันๆ

การเสียชีวิตอย่างสงบและตายดี

ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในระหว่างช่วงการเสียชีวิต สื่อสารกับครอบครัวถึงแนวทางการดูแล และการจัดการอาการ

- จัดการอาการปวด หอบเหนื่อย กระวนกระวาย อย่างมีประสิทธิภาพ
- เตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวกับความตายที่กำลังจะมาถึง

ถ้าเป็นไปได้ควรจัดสถานที่ดูแลที่สงบเป็นส่วน ในกรณีการระบาดของ COVID-19 อาจจัดบริเวณแยกเข้ามาใน COVID ward ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้เครื่องพุงซิฟ หรือใน ICU กรณีใช้เครื่องพุงซิฟและกำลังจะเสียชีวิต การเยี่ยมของครอบครัวมักมีข้อจำกัด อาจใช้เป็น video call มีทีมดูแลระดับประคองช่วยประสานการสื่อสาร ให้ได้มีโอกาสพูดคุยหรือกล่าวคำอำลา ทั้งนี้ต้องมีการประสานร่วมงานกันระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและทีมดูแลระดับประคอง ซึ่งจะให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพทั้งในด้านการจัดการอาการ การสื่อสารและให้การประคองแก่ครอบครัว

การสื่อสารกับครอบครัว

การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญ ต้องมีการสื่อสารให้ครอบครัวทราบถึงพยากรณ์โรคอย่างตรงจริง แนวทางการสื่อสาร ควรใช้เวลาแก่ครอบครัว ไม่เร่งรีบ ควรมีพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่อยู่ด้วยเพื่อช่วยในการประคองครอบครัว ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างคำพูดในการพูดคุยกับครอบครัว ควรรับฟังและให้เวลากับครอบครัวในการระบายความรู้สึก แสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคองประคองจิตใจ

- แนะนำตัว (กรณีไม่เคยพูดคุยกับครอบครัวมาก่อน) และขออนุญาตพูดคุย “หมอขอพูดคุยกับครอบครัวถึงสถานการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้นกับคุณ.....”
- ประเมินการรับรู้และความเข้าใจในสถานการณ์ของครอบครัว “คุณเข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยของคุณ.....อย่างไรบ้าง?”
- บอกพยากรณ์โรค “หมอเสียใจที่ต้องแจ้งสถานการณ์ของคุณ.....ว่าอยู่ในภาวะวิกฤติ เราได้ให้การรักษายอดเยี่ยมที่สุดที่จะทำได้ แต่หมอวิตกกังวลว่าเขาจะไม่สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตินี้ไปได้ หมอคาดการณ์ว่าเขากำลังจะเสียชีวิตในเวลาอันใกล้”
- ประเมินเป้าหมายการดูแลที่ครอบครัวต้องการ “จากข้อมูลที่ผมได้ให้ ครอบครัวคิดอย่างไรบ้าง มีความจำเป็นที่เราต้องวางแผนการดูแล”
- ช่วยครอบครัววางแผนการดูแล “ผมแนะนำว่าเราควรมุ่งเน้นไปที่การดูแลให้สุขสบาย หลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานและสร้างความทุกข์ทรมาน”
- ปิดการสนทนา “ผมรับรู้ถึงความสูญเสีย มันเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับคุณ เราจะให้การดูแลคนที่คุณรักอย่างดีที่สุด เป้าหมายการดูแลคือให้เขาสุขสบาย”

* การบอกระยะเวลาที่จะเสียชีวิต ให้ตระหนักว่าไม่สามารถบอกกำหนดเวลาที่แน่นอน อาจเป็นชั่วโมงๆ หรือเป็นวันๆ

การจัดการอาการในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19

การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19³ ในหลักการไม่ได้แตกต่างจากมาตรฐานการดูแลระดับประคับประคองทั่วไป แต่มีความแตกต่างในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรผู้ให้การดูแล

Non-Pharmacological Symptom Management

- ตระหนักว่าการบริบาลในช่วงระยะใกล้เสียชีวิตเป็นการดูแลที่ intensive ใช้เวลากับผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยธรรมดา
 - การประหมื่น: ประหมื่นเป็นระยะทุก 2-3 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องมือประหมื่นเพื่อติดตามอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย ปวด สับสน กรณีมีอาการ จำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ในระยะใกล้เสียชีวิตจะพลิกตัวเฉพาะเมื่อจำเป็น
 - Eye care และ mouth care เป็นระยะด้วยความระมัดระวัง ห้ามดูดเสมหะในลำคอแต่ให้ยาให้เสมหะแห้งแทน
 - ให้การประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ
- ทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้ ยุติยารับประทานทางปาก และยาที่ไม่จำเป็น ให้เฉพาะยาจัดการอาการ
- การยุติ/ถอดถอนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น สายยางให้อาหาร ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ในกรณีปกติที่ไม่ใช่การติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่หลังการพูดคุยกับครอบครัวและได้รับความยินยอม เราจะถอดถอนอุปกรณ์ต่างๆ ออก เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย แต่ในกรณีการติดเชื้อ COVID-19 ไม่แนะนำให้ถอดถอนท่อช่วยหายใจ³ หรือสายยางให้อาหาร เพราะมีโอกาสเกิดการฟุ้งกระจายเชื้อ และเป็นอันตรายต่อบุคลากรทีมสุขภาพ ควรคงไว้แต่ใช้ยาจัดการอาการให้ผู้ป่วยสบาย
- ควรยุติการประหมื่น vital signs แต่ควรประหมื่นความสบายของผู้ป่วยแทน
- ควรยุติการให้ยาทางหลอดเลือดดำ แต่เปลี่ยนมาให้ทางใต้ผิวหนังแทน เพราะไม่ต้องแทงบ่อย สบายกว่าการให้ยาทางหลอดเลือดดำ และประหยัดเวลาของทีมสุขภาพ
- ให้การประคับประคองทั้งจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดละอองฝอย ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่⁴

- การใช้พัดลม
- การใช้ oxygen flow มากกว่า 6 ลิตร/นาที
- High-flow nasal cannular oxygen
- Continuous positive airway pressure (CPAP) หรือ bilevel positive airway pressure (BIPAP)
- Nebulized treatment ได้แก่ bronchodilators, saline solution, etc.

Pharmacological symptom management

ขนาดยาที่แนะนำควรมีการพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีความเปราะบางมาก หรือมีการกำจัดยาบกพร่องเช่น ภาวะ liver/renal failure ควรต้องมีการปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม และปรับยาเพิ่มขึ้นเป็นระยะเพื่อให้สามารถคุมอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตโดยเฉพาะถ้ามีอาการหอบเหนื่อยมาก ไม่สามารถกลืนยาได้ จึงต้องบริหารยาทางใต้ผิวหนังหรือทางหลอดเลือดดำ และเพื่อช่วยลดภาวะพยาบาลในการฉีดยา PRN กรณีต้องใช้ยาคุมอาการ 2-3 ตัว ยาที่ใช้จัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิตส่วนใหญ่ผสมรวมกันได้⁵ รวมถึงควรให้ยาแบบต่อเนื่องในรูปแบบ continuous infusion แทนการฉีดเป็นครั้งๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะพยาบาลได้มาก

- **อาการปวด/หอบเหนื่อย** ยาหลักที่ใช้คือ morphine และ midazolam เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ สนับสนุนการใช้ยา morphine ในการจัดการอาการหอบเหนื่อย^{6,7} รวมถึงระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวนานกว่า fentanyl ในระยะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเราไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องผลข้างเคียงเรื่องความดันตก รวมถึงในผู้ป่วยไตวาย การปรับขนาดยาให้เหมาะสมและระยะเวลาการใช้ยาเพียงเวลาไม่กี่วันสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย โดยทั่วไปผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตมักไม่สามารถกลืนยาได้ รวมถึงในระยะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ยาที่ใช้จัดการอาการควรให้ในรูปฉีดเพื่อให้ออกฤทธิ์เร็วและได้ผลแน่นอน
 - กรณีไม่เคยใช้ opioid มาก่อน ให้ morphine inj 1-2mg SC PRN q2h (ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดให้ในขนาด 3-5 mg) กรณีต้องใช้บ่อยมากกว่า 2 ครั้ง/วัน สามารถให้ในรูปแบบ continuous subcutaneous infusion (CSI) ในขนาด 10-20 mg/24h.
 - กรณีใช้ opioid ในรูปแบบรับประทานมาอยู่ก่อน ให้เปลี่ยนเป็นรูปฉีด โดยใช้อัตราส่วน IV/SC : Oral = 1:3 และถ้าในขนาดที่ใช้อยู่ยังคุมอาการได้ไม่ดีให้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-100 ตามระดับความรุนแรง
 - กรณี terminal dyspnea การใช้ midazolam ร่วมกับ morphine จะช่วยจัดการอาการหอบเหนื่อยได้ดีกว่าการใช้ morphine อย่างเดียว⁸ โดยให้ midazolam ขนาด 2.5-5mg SC q2h กรณีต้องให้ยาบ่อยสามารถให้ในขนาด 10-20 mg/24h. (ดู Pre-printed medical order for dying patient-Form A, หน้า 59)

เนื่องจากสถานการณ์ที่ขาดบุคลากรและอาจมีข้อจำกัดของการใช้ infusion/syringe pump หลายตัว วิธีลดการใช้เครื่องมือและลดภาระการทำงานคือการให้ยาสองตัวผสมรวมกัน และการให้ทาง CSI จะหลีกเลี่ยงการต้องแทงเส้นเลือดดำบ่อย สร้างความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยและเพิ่มภาระงานของพยาบาล และในกรณีการเสียชีวิตจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อ COVID-19 มักจำเป็นต้องให้ยาขนาดสูงในการจัดการอาการหอบเหนื่อย ควรเริ่มยาดังนี้

- กรณี morphine naïve ให้ใช้ morphine 10-20mg และ midazolam 10-20mg ผสมรวมกับ normal saline ให้ได้ปริมาณเป็น 24ml ให้ CSI ในขนาด 1 ml/h เป็น background dose
- กรณีได้ morphine รับประทานมาก่อนแล้ว ให้คำนวณขนาดของยาที่รับประทาน เป็นในขนาดที่ให้ทาง IV/SC โดยใช้อัตราส่วน 1:3 ของ total daily oral morphine dose และเพิ่มขนาดขึ้นร้อยละ 30-100 ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อย นำ morphine ขนาดที่คำนวณได้ผสมกับ midazolam 10-20 mg ดังรายละเอียดที่กล่าวข้างต้น (ดู Pre-printed medical order for dying patient-Form B, หน้า 60)
- กรณีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยไตวาย (eGFR < 30) ให้ลดขนาด morphine ลง โดยใช้ขนาดร้อยละ 30-50⁹ ของขนาดปกติ ส่วน midazolam ในผู้ป่วยสูงอายุให้ลดขนาดลงโดยใช้ร้อยละ 50 ของขนาดปกติ ส่วนผู้ป่วยไตวายสามารถใช้ midazolam ในขนาดปกติ

- ให้ morphine + midazolam ในขนาด 1/6 ของ total daily dose เป็น PRN ทาง SC injection q2h การปรับยา ถ้ายังคุมอาการไม่ได้ และต้องให้ยา PRN มากกว่า 2 ครั้ง ควรปรับยาที่คุม back ground symptom ขึ้นร้อยละ 30 – 100 ตามระดับความรุนแรง สามารถปรับยาได้ถึงทุก 3 -4 ชั่วโมง หรืออาจคิดจากขนาดยา PRN ที่ได้ทั้งหมดใน 24 ชั่วโมงรวมกับขนาดของ back ground dose เป็นขนาดยาที่ควรให้ในวันต่อไป

- **ยาลดเสมหะ** ในระยะใกล้เสียชีวิตควรหลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ แต่ให้ยาที่ทำให้เสมหะแห้ง ยาที่ใช้ได้แก่
 - Hyoscine HBr (Buscopan®) ในขนาด 20mg (1 amp) q4-6h สามารถบริหารยาทาง SC ได้ หรือสามารถผสมยารวมกันได้ 3 ตัวใน syringe เดียวกัน ได้แก่ morphine, midazolam, hyoscine HBr⁵
 - 1% Atropine eyedrop 4 drops SL q4-6h

แนะนำให้ใช้ Hyoscine HBr เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสช่องปากของผู้ป่วย

- **Terminal delirium** ผู้ป่วยมีภาวะสับสนกระวนกระวาย เนื่องจากมี midazolam ที่ให้สำหรับจัดการอาการ หอบเหนื่อยกระวนกระวายอยู่แล้ว ถ้ายังมีภาวะสับสนกระวนกระวายอยู่ ให้ midazolam ขนาด 2.5-5 mg PRN q2-4h ถ้าต้องใช้บ่อยให้ปรับขนาด total dose/day ขึ้นและผสมกับ morphine

ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต ควรนำผู้ป่วยเข้า Integrated Care Pathway เพื่อช่วยในการตรวจสอบและติดตามดูแลให้มั่นใจว่าได้รับการดูแลให้สุขสบายที่สุด (ดูในบทการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ในระยะใกล้เสียชีวิตโดยใช้ Integrated Care Pathway)

ตารางที่ 10. Drugs for Symptom Management of Dying Patient

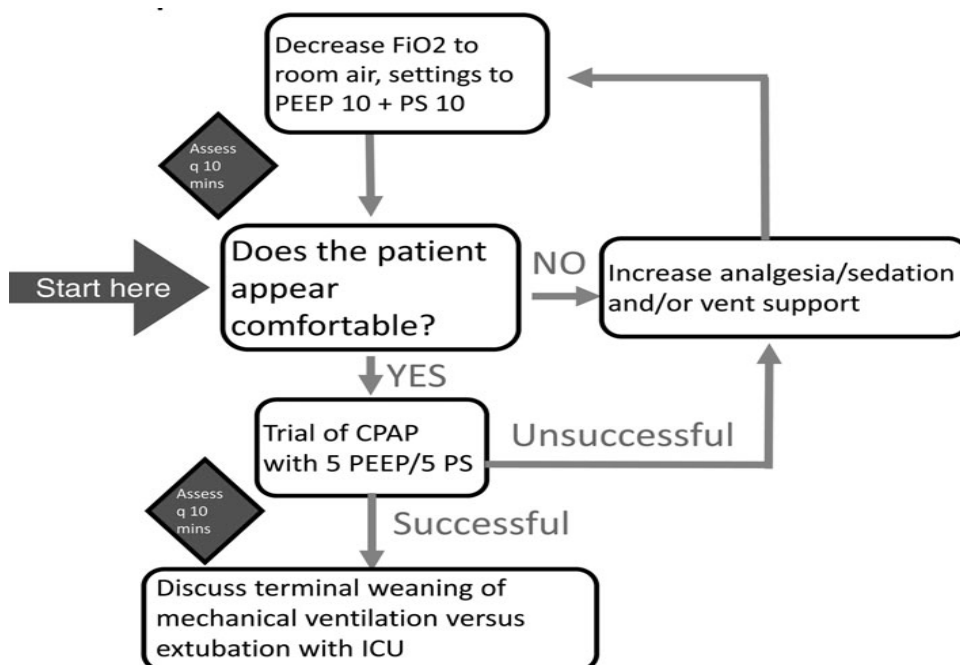
Symptoms	Drug	Dosage
Terminal dyspnea	Morphine + Midazolam	· Morphine 1-2 mg SC PRN q2h · Morphine 10-20mg + midazolam 10-20mg CSI in 24h and morphine 1-2mg SC PRN for dyspnea q2h.
Pain	Morphine	· Morphine 3-5mg SC q4h and morphine 3-5mg SC PRN for BTP q2h. · Morphine 20-30mg CSI and morphine 3-5mg SC PRN for BTP q2h.
Agitation	Midazolam	· 2.5-5mg SC PRN for agitation q2h · Midazolam 10-20mg CSI in 24h and midazolam 2.5-5mg PRN q2h.
Nausea/vomiting	Haloperidol	· 1-2mg SC PRN or 5mg CSI in 24h
Secretion	Hyoscine HBr	· 20mg SC q6h · 80mg CSI in 24h can be mix with morphine and midazolam
	1% Atropine ED	· 4 drops SL q4-6h

* For patient with GFR <30 ml/min/1.73m² reduce morphine dosage to 30-50% of normal dose, and increased duration to 6-12 h⁹
* Elderly use 50% of normal dose.

การยุติ/ถอดถอนเครื่องพุงซีฟ

ในบางสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องพุงซีฟแล้วการรักษาไม่ได้ผลและคาดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต สถานการณ์นี้ควรยุติและถอดถอนเครื่องพุงซีฟ ในกรณีการระบาดมีความรุนแรงและมีการขาดแคลนทรัพยากร ในผู้ป่วยที่การรักษาล้มเหลวและจำเป็นต้องยุติเครื่องช่วยหายใจ ควรมีการหยาผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจร่วมกับการทำ sedation การถอดท่อช่วยหายใจมีความเสี่ยงที่จะเกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อได้ จำเป็นต้องมีการป้องกันในระดับสูงเหมือนขั้นตอนการใส่ท่อช่วยหายใจ ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตควรให้ sedation และค่อยๆ ลด setting ต่างๆ จนเป็น CPAP และยอมรับการเสียชีวิตภายใต้ CPAP กรณีต้องการถอดท่อช่วยหายใจต้องทำในห้อง negative pressure และมีขั้นตอนการป้องกันอย่างเต็มที่³

แผนภูมิที่ 5. Approach to Withdrawal of Mechanical Ventilation in the patient with Suspected or Confirmed COVID-19 in the Emergency Department



From: Hendin A, et al. Can J Emer Med 2020;26:1-4³.

การประคับประคองทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตเป็นการดูแลที่บีบคั้นจิตใจ โดยเฉพาะถ้าเกิดสถานการณ์ที่ต้องยุติการดูแลจากการต้องแบ่งปันทรัพยากร ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลมีโอกาสเกิด compassion fatigue¹⁰ จึงต้องมีการพูดคุย เยียวยาจิตใจ มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันบุคลากรจากภาวะ burnout

เอกสารอ้างอิง

1. Orford NR, Milnes SL, Lambert N, Berkley L, Lane SE, et al. Prevalence, goals of care and long-term outcomes of patients with life-limiting illness referred to a tertiary ICU. *CCR* 2016;18:181-8.
2. Ellenshaw JE, Ward C. Care of the dying patient : the last hours or days of life. *BMJ* 2003 :326 :30-4.
3. Hendin A, La Riviere CG, Willisroft DM, O’Conner E, Hughes J, and Fischer LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of highly transmissible acute respiratory infection (such as covid-19). *Can J Emer Med* 2020;26:1-4.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings [Internet]. [cited 2020 April 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-faq.html>
5. Eastern Metropolitan Regional Palliative Care Consortium (Victoria). Syringe driver drug compatibilities – Guide to palliative care practice. 2016. [Internet] [cited 2020 April 20]. Available from: <https://www.emrpsc.org.au/uploads/136/Syringe-Driver-Drug-Compatibilities-May-2016.pdf>
6. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JP, and Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea. *Thorax* 2002;57:939-44.
7. Currow DC, McDonald C, Oaten S, Kenny B, Allcroft P, et al. Once-daily opioids for chronic dyspnea: a dose increment and pharmacovigilance study. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:388-99.
8. Navigante AH, Castro MA, Cerchietti LC. Morphine versus midazolam as upfront therapy to control dyspnea perception in cancer patients while its underlying cause is sought or treated. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:820-30.
9. Neerkin J, Brennan M, and Jamal H. Use of opioids in patients with impaired renal function. [Internet] [cited 2010 April 20]. Available from: https://www.palliativedrugs.com/download/08_06_Prescribing%20Opioids%20in%20Renal%20Patients%5B1%5D%5B1%5D.pdf
10. Doherty M, Hauser J. Care of the dying patient. In: *A field manual for palliative care in humanitarian crises*;2019:1-7. doi: 10.1093/med/978019006529.001.0001



Pre-Printed Medical Order for Dying Patient (Form A)

Diagnosis				แพทย์เจ้าของไข้
Progress note	Date/ Time	Order for one day	Date/ Time	Order for continuation
Score 1-10 Dyspnea _ Pain ____ Agitation _ Secretion _		<input type="checkbox"/> O ₂ cannula ____ LPM <input type="checkbox"/> O ₂ mask with bag ____ LPM Dyspnea/Pain <input type="checkbox"/> Morphine _____mg STAT <input type="checkbox"/> Morphine (1:1) IV/SC rate _____ml/h MO naive - eGFR >30 start STAT dose 2-3 mg then continuous IV/SC infusion rate 0.7-1 ml/h - eGFR <30 or elderly start STAT dose 1-2 mg then continuous IV/SC infusion rate 0.5 ml/h กรณีได้ Morphine รับประทานอยู่แล้ว ให้เปลี่ยนเป็น IV/SC infusion โดยใช้อัตราส่วน IV/SC : oral = 1:3 ถ้ายังมีปวดหรือหอบอยู่ ให้เพิ่มขนาดขึ้น 30-100% ตามระดับความรุนแรง) - สามารถ Titrate dose ขึ้นครั้งละ 30-100% ของ dose เดิมทุก 30 นาที จนกว่าจะ control symptom ได้ <input type="checkbox"/> Morphine ____ mg PRN IV/SC for dyspnea/pain q2h (PRN dose = 1/6 of total daily MO dose) Dyspnea/agitation <input type="checkbox"/> Midazolam _____ mg STAT <input type="checkbox"/> Midazolam (1:1) continuous IV/SC infusion rate _____ml/h - STAT dose 2.5-5 mg then 1:1 continuous IV/SC infusion rate 0.5 – 1 ml/h - Titrate dose q30min ครั้งละ 30-50% ของ dose เดิม จนกว่าจะ control symptom ได้) * ผู้สูงอายุลดขนาดลง 50% Noisy breathing/Secretion <input type="checkbox"/> Buscopan 20 mg IV/SC q4-6h Delirium <input type="checkbox"/> Haloperidol 1mg SC/IV PRN q30min (severe case can use up to 5mg/dose, max 20mg/4H) (Elderly decrease dose by 1/2), or <input type="checkbox"/> Midazolam 2.5 mg slowly IV/SC q10 min until settled then IV/SC continuous `drip 0.5 mg/h (max15mg/4hr)		<input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ <input type="checkbox"/> Comfort nursing care <input type="checkbox"/> V/S ตามความเหมาะสม ไม่ต้องติด monitor <input type="checkbox"/> Allow natural dead <input type="checkbox"/> จิบน้ำหรืออมน้ำแข็งบ่อย กรณียังรู้สึกตัว ลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น antibiotic, anti-HT, diuretic, statin, anticoagulant เป็นต้น <input type="checkbox"/> หยุด/ลด IV fluid ให้น้อยที่สุด <input type="checkbox"/> หยุดการส่ง lab เพิ่มเติม <input type="checkbox"/> กรณีไม่มี IV line ให้แทง SC <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ



Pre-Printed Medical Order for Dying Patient (Form B)

Ward		Name		AN
		Attending physician		HN
Diagnosis:				แพทย์เจ้าของไข้:
Progress note	Date/Time	Order for one day	Date/Time	Order for continuation
Score 1-10 Dyspnea __ Pain _____ Agitation __ Secretion _		<input type="checkbox"/> O2 canula ____ LPM <input type="checkbox"/> O2 mask with bag ____ LPM <input type="checkbox"/> Morphine ____ mg + Midazolam ____ mg + Buscopan 80 mg + NSS up to 24 ml SC/ IV drip via syringe pump __1__ ml/hr (สามารถ titrate ยาขึ้นทีละ 30-50% ก็ได้ทุก 30 นาที ถ้าปวด/หอบมาก) <u>MO naïve:</u> - eGFR >30 start MO 20mg + midazolam 20 mg - eGFR <30 start MO 10mg + midazolam 20 mg - Elderly: MO 10mg + midazolam 10mg กรณีได้ Morphine รับประทานอยู่แล้ว: ให้เปลี่ยนเป็น IV/SC infusion โดยใช้อัตราส่วน IV/ SC : oral = 1:3 ถ้ายังมีปวดหรือหอบอยู่ให้เพิ่มขนาดขึ้น 30-100% ตามระดับความรุนแรง) + Midazolam 20mg <input type="checkbox"/> Morphine _____ mg SC/IV PRN for dyspnea/pain q2h (PRN dose = 1/6 of total daily MO) <input type="checkbox"/> Midazolam _____ mg SC/IV PRN for dyspnea/agitation q2h - Adult Midazolam ใช้ 2.5-5 mg PRN SC/IV - Elderly ใช้ Midazolam 1 mg		<input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ <input type="checkbox"/> Comfort nursing care <input type="checkbox"/> V/S ตามความเหมาะสม ไม่ต้องติด monitor <input type="checkbox"/> Allow natural dead <input type="checkbox"/> จิบน้ำหรืออมน้ำแข็งบ่อย กรณียังรู้สึกตัว ลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น antibiotic, anti-HT, diuretic, statin, anticoagulant เป็นต้น <input type="checkbox"/> หยุด/ลด IV fluid ให้น้อยที่สุด <input type="checkbox"/> หยุดการส่ง lab เพิ่มเติม <input type="checkbox"/> กรณีไม่มี IV line ให้แทง SC <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ในระยะใกล้เสียชีวิตโดยใช้ Integrated Care Pathway (ICP)

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 เมื่อแพทย์และสหวิชาชีพร่วมกันวินิจฉัยว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลให้สุขสบายที่สุด Integrated Care Pathway (ICP)¹ หรือบางครั้งเรียก End-of-life care pathway เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตซึ่งจัดทำขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาการดูแลระดับประคับประคองในสหราชอาณาจักร โดยอาศัยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังเสียชีวิตได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ จัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการพยาบาลในแนวทางให้สุขสบายอย่างทั่วถ้วน แนวทางนี้ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากทีมสหสาขาวิชาว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะเสียชีวิต และครอบคลุมถึงหลังการเสียชีวิต ข้อดีของการใช้แนวทางนี้คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรอบคอบอย่างมีคุณภาพและมีการบันทึกเป็นระบบ² ศูนย์การรณรงค์ได้มีการแปลและปรับปรุงแบบบันทึกเป็นภาษาไทยเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตในหอผู้ป่วยระดับประคับประคอง³

องค์ประกอบการดูแลตาม ICP มีดังนี้ (ดูแบบฟอร์มแนบท้าย)

ขั้นตอนที่ 1

การจำแนกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต โดยต้องมีแพทย์ทำหน้าที่วินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2

ส่วนที่ 1. การประเมินเบื้องต้น ซึ่งได้แก่

- การประเมินอาการทางกาย ได้แก่ ปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้/อาเจียน สับสนกระวนกระวาย เสมหะครีตกคราด
- การประเมินความสุขสบาย
 - ประเมินยาที่ใช้ หยดยาที่ไม่จำเป็น ปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยา ดูแลให้ยาทางใต้ผิวหนัง (subcutaneous route) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด เพราะไม่รุกราน ช่วยลดการสัมผัสผู้ป่วยบ่อยๆ สามารถให้ยาได้นาน 10 วันขึ้นไป ถ้าไม่มี site reaction⁴
 - ยุติการเจาะเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ
 - หยุดการรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น ยาลดความดัน ยาปฏิชีวนะ น้ำเกลือและการให้อาหารทางสายยาง
 - ยุติการพยาบาลที่ไม่จำเป็นเช่นการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง การวัดสัญญาณชีพ
- ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว การรับรู้พยากรณ์โรค การยอมรับความตายที่กำลังมาถึง

ส่วนที่ 2 การประเมินและให้การดูแลต่อเนื่อง

- การประเมินดูแลด้านจิตสังคม ประเมินการรับรู้โรค การวินิจฉัย และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่เคยแจ้งไว้ อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ
- ประเมินการยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง สื่อสารให้ครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต แผนการดูแลที่กำลังจะได้รับในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นถึงแผนการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ได้บูรณาการขึ้น ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้สุขสบาย
- สนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณ การประกอบพิธีกรรมในบริบทที่พอทำได้

ส่วนที่ 3

- ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินอาการทุก 2 ชั่วโมง ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เพื่อสับสนหรือกระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน และหายใจเสียงดัง (noisy secretions) ดูแลให้ได้รับยา เพียงพอในการจัดการอาการและดูแลให้ได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบการได้รับยาจาก syringe driver หรือ syringe pump
- ให้ยาจัดการอาการตามที่แพทย์สั่ง
- การทำ nursing intervention ทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ mouth care, eye care, bowel/bladder care ตรวจสอบยาที่ฉีดว่าได้ตามกำหนด
- การทำ nursing intervention ทุก 12 ชั่วโมง ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย

ขั้นตอนที่ 4 การดูแลภายหลังการเสียชีวิต

- ประสานแพทย์ เพื่อลงความเห็นการเสียชีวิตและเวลาเสียชีวิต
- ใส่เสื้อผ้าที่เตรียมไว้/ตามความเชื่อ/วัฒนธรรม
- สื่อสารครอบครัวเรื่องวิธีการจัดการศพที่ติดเชื้อ COVID-19
- ลงบันทึกเอกสารที่สำคัญ ใบรับศพ/ใบรับรองการตาย
- ให้คำแนะนำครอบครัวการออกใบรับรองแพทย์ ใบประกันชีวิต

การพยาบาลในช่วงใกล้เสียชีวิต

การพยาบาลในระยะนี้มุ่งเน้นความสุขสบายมากที่สุด จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นหัวใจของการดูแล

- การดูแลช่องปาก อาการปากแห้งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ส่วนหนึ่งเกิดจากอาการหายใจลำบาก หายใจทางปาก ดูแลให้จิบน้ำ รวมถึงดูแลช่องปากและริมฝีปากให้ชุ่มชื้นโดยใช้สาลีชุบน้ำเช็ด ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน
- กรณีมีอาการหายใจเสียงดัง นอกจากให้ยาเพื่อช่วยให้เสมหะแห้งแล้ว ควรจัดท่านอนตะแคง หรือตะแคงกึ่งคว่ำ ไม่จำเป็นต้องดูดเสมหะในลำคอ เพราะนอกจากไม่ช่วยลดอาการหายใจเสียงดังแล้ว ยังอาจเพิ่มความทุกข์ทรมาน
- การดูแลตาและเปลือกตา ดูแลด้วยการใช้สาลีชุบน้ำพอมอาด เช็ดทำความสะอาด ป้ายเยื่อบุตาด้วยน้ำยาหล่อลื่นหรือหยอดน้ำตาเทียมทุกครั้งที่มีโอกาสเข้าไปให้การดูแล
- การดูแลผิวหนัง ไม่จำเป็นต้องพลิกตัวบ่อยทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงสีหน้าเจ็บปวด พิจารณาการใช้ที่นอนลมช่วย หรือใช้เบาะรองที่ปกป้องและช่วยลดแรงกด กรณีผู้ป่วยที่มีแผลกดทับหรือแผลอื่นๆ เป้าหมายในการดูแลคือ ทำแผลให้สะอาด ปิดแผลให้มิดชิด ไม่เน้นการดูแลแผลให้หาย
- การดูแลระบบการขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาท้องผูกในระยะใกล้เสียชีวิตเกิดขึ้นในระยะเวลายาวไม่มากนัก ควรหยุดยาระบายที่รับประทานทางปาก ปรับเปลี่ยนให้ทางทวารหนักตามความเหมาะสม
- การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินภาวะปัสสาวะคั่งค้าง (bladder full) ให้ข้อมูลกับครอบครัวถึงความจำเป็นในการใส่คาสายสวนปัสสาวะ หรือถ้ามีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ควรใส่แผ่นรองซึมซับหรือผ้าอ้อมสำเร็จรูปแทน ดูแลทวารสลิ้นโดยรอบเพื่อปกป้องดูแลผิวหนังจากการระคายเคือง
- การดูแลความสะอาดของร่างกาย พิจารณาปรับกิจกรรมการพยาบาลตามความเหมาะสม อาจลดเหลือวันละ 1 ครั้ง เพื่อลดการสัมผัสและรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย

- ดูแลให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จัดสิ่งของใช้ไว้ใกล้ๆ ให้ผู้ป่วยสามารถหยิบจับได้ง่าย ครอบครัวอาจไม่มีโอกาสมานั่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพื่อลดการสัมผัสเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) พยาบาลใช้วิธีการสื่อสารด้วยการบอกเล่า หรือใช้ภาพเพื่อแสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังเป็นห่วงและแวะเวียนมาเยี่ยมเป็นระยะ
- การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านความเชื่อ จิตวิญญาณและศาสนา เช่น ประสานให้ได้จัดการกิจสุดท้าย มีโอกาสได้ทบทวนและระลึกถึงคุณงามความดี หรือสิ่งที่ภาคภูมิใจ การได้ปลดปล่อยปมขัดแย้งในชีวิต หรือการอำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีทางศาสนาตามความเหมาะสม อาจเอื้ออำนวยให้ครอบครัวทำพิธีกรรมด้านนอก และใช้ VDO call กับผู้ป่วยที่อยู่ด้านในกับพยาบาล
- การดูแลครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้จากไปอย่างสงบ ดังนั้นจึงควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวเท่าที่จะเป็นไปได้ ภายใต้ข้อจำกัดที่มีการระบาดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ดังนี้
 - ครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตจากการให้ข้อมูลข้างต้น แต่เมื่อถึงเวลาจริงๆ พบว่า ครอบครัวมักมีอาการตกใจ ดังนั้นการอยู่เป็นเพื่อนและให้ความมั่นใจกับครอบครัว ช่วยตอบคำถามที่สงสัย หรือระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง จะช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้ด้วยดี
 - ครอบครัวอาจมีความกังวลหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับแผนการรักษาบางอย่าง อธิบายและให้การยืนยันเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆ เช่น การใช้ยามอร์ฟินในการควบคุมอาการปวดและหายใจลำบาก อธิบายว่ายามอร์ฟินไม่ได้เร่งผู้ป่วยให้จากไปเร็วขึ้น แต่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ การงดให้อาหารทางสายยางหรือน้ำเกลือ อธิบายว่าการสอดใส่ท่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยทรมานเจ็บปวด การพยายามให้อาหารนอกจากจะทำให้ท้องอืดจากระบบการย่อยอาหารไม่ทำงานแล้ว ยังมีโอกาสเกิดอาการสำลักหรืออาเจียนได้ การให้น้ำเกลือ อาจทำให้เกิดภาวะน้ำคั่ง น้ำท่วมปอด จากไตที่เริ่มวายร่วมกับปัสสาวะออกลดลง ส่งผลให้อาการหายใจลำบากมีเพิ่มขึ้น
 - แจ้งให้ทราบถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะใกล้เสียชีวิต เช่น หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเสียงดังครืดคราด เพื่อสับสน กระวนกระวาย เป็นต้น ให้ความมั่นใจว่า ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและดูแลความสุขสบายต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน
 - ใช้เวลาในการรับฟังในสิ่งที่ครอบครัวพูดหรือระบายให้ฟัง
- ทบทวนแผนการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ได้บูรณาการขึ้นร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ และปรับแผนการดูแลเป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวม จากไปอย่างสงบ
- การดูแลภายหลังการเสียชีวิต สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและครอบครัว และการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยที่แจ้งไว้ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเผชิญความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี การเสียชีวิต การสูญเสีย และความทุกข์โศกควรได้รับการดูแลโดยมองในแง่ธรรมชาติ ไม่ใช่ความผิดปกติ พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือดังนี้
 - ประสานแพทย์ เพื่อลงความเห็นการเสียชีวิต และเวลาเสียชีวิต
 - สื่อสารครอบครัวเรื่องวิธีการจัดการศพกรณีติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) คือ ใส่เสื้อผ้าตาม

ที่ครอบครัวได้เตรียมไว้ให้ ใส่ถุงซิปกันน้ำ 2 ชั้น พร้อมป้ายแสดงสัญลักษณ์ ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค
ทางด้านนอกถุง ไม่มีการอาบน้ำศพ รดน้ำศพ และฉีดยาศพ

- ให้คำแนะนำเรื่องเอกสารต่างๆ และการลงบันทึกเอกสารที่สำคัญ ได้แก่ ใบรับรองการตาย ใบรับศพ ใบรับรองแพทย์ และใบเคลมประกันชีวิต
- แจ้งครอบครัวห้ามเปิดถุงศพ ให้คำแนะนำเรื่องการจัดหาโลงศพ การเคลื่อนย้ายศพ เพื่อประกอบพิธีตามความเชื่อ เช่น เผา หรือ ฝัง โดยไม่มีการเปิดถุงศพโดยเด็ดขาด
- ให้การดูแลครอบครัว ดังนี้
 - สื่อสารกับครอบครัวด้วยคำพูดที่เหมาะสม เช่น “ขอแสดงความเสียใจด้วยนะคะ” “รับทราบว่าคุณนี่เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับทุกคนในครอบครัว” “เป็นกำลังใจให้ค่ะ” “อยากจะพูดหรือบอกอะไรเกี่ยวกับ (ชื่อผู้ป่วย) ไหมคะ” สื่อสารกับครอบครัวด้วยคำพูด น้ำเสียงด้วยความจริงใจ แสดงให้เขาเห็นว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ รวมถึงสัมพันธ์ภาพที่มีให้อย่างต่อเนื่อง จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวรู้สึกว่ามีคนที่อยู่เคียงข้างในวันที่เศร้าที่ทุกข์อย่างแสนสาหัส
 - เข้าใจในพฤติกรรม หรือปฏิกิริยาที่แสดงออกของครอบครัว ช่วยครอบครัวมองหาว่าอะไรทำให้สบายใจ เช่น แหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา สวดมนต์ นั่งสมาธิ เอาใจใส่ต่อความสามารถในการเผชิญกับความตายที่เกิดขึ้น ประเมินว่ามีเรื่องอะไรที่ยังค้างคาใจอยู่หรือไม่ เราอาจจะได้ช่วยให้ได้คลี่คลาย
 - ให้ความรู้เรื่องกระบวนการของความเศร้าโศก ให้แผ่นพับเรื่อง การดูแลตนเองจากความเศร้าโศกจากการสูญเสีย และให้กำลังใจครอบครัว ด้วยการส่งการ์ดแสดงความเสียใจ โทรศัพท์ติดตามประเมินความสามารถในการปรับตัวหลังการสูญเสีย สอบถามความต้องการความช่วยเหลือ

บทสรุป

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) บางรายอาจต้องการกลับไปใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้านท่ามกลางครอบครัวญาติมิตร แต่ด้วยข้อจำกัดของโรคระบาด จึงจำเป็นต้องเสียชีวิตในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในปรับแผนการดูแลให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ได้จัดทำขึ้น ตั้งแต่การร่วมวินิจฉัยกับสหวิชาชีพว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต สื่อสารผู้ป่วยและครอบครัวให้รับทราบ และเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมเพื่อเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง ประเมินปัญหา วางแผน และให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมด้วยบรรยากาศที่เอื้ออาทร คงสัมพันธ์ภาพที่ดีร่วมกันระหว่างครอบครัว และทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกยึดชีวิตด้วยการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆ ในโรงพยาบาล จากไปอย่างสงบ ครอบครัวได้รับการดูแลความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

เอกสารอ้างอิง

1. Mirando S, Davies PD, Lipp A. Introducing an integrated care pathway for the last days of life. *Palliat Med* 2005;19:33-9.
2. Phillips JL, Halcomb EJ, and Davidson PM. End-of-life care pathways in acute and hospice care: an integrated review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:940-55.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต. *หจก.โรงพยาบาลคิงส์มานาวินทยา: ขอนแก่น. 2560. หน้า 11-1 ถึง 11-15*
4. Dickman A. What are the benefits of using a syringe driver to deliver subcutaneous medication?. In: Ellershaw J, Wilkinson S. editors. *Care of the dying: A pathway to excellence*. New York : Oxford University Press Inc, 2003 : 50-54.

AN.....	HN.....
ชื่อ	สกุล
เพศ.....	อายุ

Integrated Care Pathway (ICP)
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต กรณีไม่มี reversible condition มีอาการดังต่อไปนี้

- นอนติดเตียง ปฏิเสธอาหาร/จิบน้ำอย่างเดียว ซึมหลับมากกว่าตื่น ไม่สามารถกลืนยาได้

ทีมลงความเห็นร่วมกันว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หน่วยงาน	วันที่เริ่มดูแล
1.				
2.				

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเบื้องต้นและการดูแล

ส่วนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น Date of admission.....วันที่วินิจฉัย dying.....	
การวินิจฉัยโรค
ประเมินอาการทางกาย (Physical problems)	<input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> กระวนกระวาย <input type="checkbox"/> เสมหะครีตคราด <input type="checkbox"/> อาการอื่นๆ
ประเมินความสุขสบาย ถ้าตอบ “No” กรุณาลงบันทึก เหตุผลและตามด้วยกิจกรรมการดูแล	แพทย์ประเมินยาที่ได้รับทั้งหมด ปรับวิธีการให้ และหยุดยาที่ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ให้ยาทางใต้ผิวหนัง (SC) หรือ IV <input type="checkbox"/> พิจารณาใช้ syringe pump/syringe driver <input type="checkbox"/> พิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น แพทย์หยุดการรักษาต่างๆ ที่ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> เจาะเลือด <input type="checkbox"/> ยาฆ่าเชื้อ (ATB) <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> NG feed <input type="checkbox"/> ลงชื่อ DNR
	พิจารณายุติการพยาบาลที่ไม่จำเป็น ประเมิน/ดูแลอาการไม่สุขสบาย <input type="checkbox"/> ยุติการพลิกตัวทุก 2 ชม. เปลี่ยนท่าเพื่อความสุขสบายเท่านั้น <input type="checkbox"/> งด EKG monitoring และ V/S ทุก 1 ชม. <input type="checkbox"/> ประเมินความไม่สุขสบาย ทุก 2 ชม. (ตั้งรายละเอียดในส่วนที่ 3)
การรับรู้ของผู้ป่วย	ประเมินความสามารถในการสื่อสารและการรับรู้โรคและการวินิจฉัย ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> รับรู้ ซึมหลับ/ไม่รู้สติ <input type="checkbox"/> ครอบครัว/คน <input type="checkbox"/> อื่นๆ รับรู้ No <input type="checkbox"/>
การรับรู้ของครอบครัว	การยอมรับการตายที่กำลังจะมาถึง ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่รับรู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว ครอบครัว <input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ยังยอมรับไม่ได้
ส่วนที่ 2 การประเมินและให้การดูแลต่อเนื่อง	
การดูแลด้านจิตสังคม	อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการดูแลต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ครอบครัว <input type="checkbox"/> เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นถึงแผนการดูแลที่เกิดขึ้น ระบุความคิดเห็น.....
ครอบครัวได้รับการเตรียมตัวสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึง	เพื่อให้ผู้ป่วยตายดีและยอมรับ/เผชิญกับความตายได้อย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> ให้ความมั่นใจว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและดูแลความสุขสบายต่างๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ให้เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน
การสนับสนุน/ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณและศาสนา	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณ ได้รับการสนับสนุนให้มีกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณ <input type="checkbox"/> ได้จัดการสิ่งที่ค้างคาใจ หรือ ทำพิธีการขอขมา <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่เสนอ ความต้องการด้านอื่นๆ

Palliative Care in COVID-19 Pandemic

วันที่.....

ส่วนที่ 3 ประเมินปัญหาความไม่สุขสบายต่าง ๆ		ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ											
ประเมินทุก 2 ชั่วโมง ระยะเวลา		10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08
1. Pain	เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด												
	ผู้ป่วยบอกว่า “ปวด” หรือพยักหน้าบอกว่าปวด กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติ มีหน้านิ้ว คิ้วขมวด หรือ แสดงสีหน้าเจ็บปวด												
2. Dyspnea	เป้าหมาย: ไม่แสดงอาการหรือความทุกข์ทรมาน จากอาการหายใจลำบาก												
	ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบาก กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติ มีอาการ หายใจเร็ว หรือแรงขึ้น หายใจใช้กล้ามเนื้อท้อง												
3. Agitation	เป้าหมาย: ไม่มีกระวนกระวาย/สับสน												
	มีอาการเพ้อ/สับสน กระวนกระวาย												
4. N/V	เป้าหมาย: ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน												
	มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน												
5. Respiratory secretion	เป้าหมาย : ไม่มีเสียงดังครืดคราด												
	หายใจมีเสียงดัง ครืดคราดในคอ												
อาการอื่นๆ	ระบุ.....												
Nursing intervention ประเมิน/ดูแล ทุก 4 ชั่วโมง		10.00	14.00	18.00	22.00	02.00	06.00						
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ	Mouth care จิบน้ำ mouth spray ใช้วาสลีนทามฝีปาก												
	Eye care โดยใช้สำลีชุบน้ำเช็ด												
	กรณีไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ประเมินภาวะปัสสาวะคั่งค้าง (bladder full)												
	ตรวจสอบการได้รับยาจาก syringe drive/pump ให้ได้รับยาถูกต้อง												
	ประเมินผิวหนัง เช่น แผลกดทับ skin care และพลิกตัวตามความเหมาะสม												
Nursing intervention ประเมินและดูแลทุก 12 ชั่วโมง		06.00						18.00					
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ	ทำความสะอาดช่องปาก												
	อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย												

Palliative Care in COVID-19 Pandemic

วันที่.....

ส่วนที่ 3 ประเมินปัญหาความไม่สุขสบายต่าง ๆ		ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ											
ประเมินทุก 2 ชั่วโมง ระบุเวลา		10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08
1. Pain	เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด												
	ผู้ป่วยบอกว่า “ปวด” หรือพยักหน้าบอกว่าปวด กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติ มีหน้ำนิว คิ้วขมวด หรือ แสดงสีหน้าเจ็บปวด												
2. Dyspnea	เป้าหมาย: ไม่แสดงอาการหรือความทุกข์ทรมาน จากอาการหายใจลำบาก												
	ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบาก กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติ มีอาการ หายใจเร็ว หรือแรงขึ้น หายใจใช้กล้ามเนื้อท้อง												
3. Agitation	เป้าหมาย: ไม่มีกระวนกระวาย/สับสน												
	มีอาการเพ้อ/สับสน กระวนกระวาย												
4. N/V	เป้าหมาย: ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน												
	มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน												
5. Respiratory secretion	เป้าหมาย : ไม่มีเสียงดังครืดคราด												
	หายใจมีเสียงดัง ครืดคราดในคอ												
อาการอื่นๆ	ระบุ.....												
Nursing intervention ประเมิน/ดูแล ทุก 4 ชั่วโมง		10.00	14.00	18.00	22.00	02.00	06.00						
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ	Mouth care จิบน้ำ mouth spray ใช้วาสลีนทาริมฝีปาก												
	Eye care โดยใช้สำลีชุบน้ำเช็ด												
	กรณีไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ประเมินภาวะปัสสาวะคั่งค้าง (bladder full)												
	ตรวจสอบการได้รับยาจาก syringe drive/pump ให้ได้รับยาถูกต้อง												
	ประเมินผิวหนัง เช่น แผลกดทับ skin care และพลิกตัวตามความเหมาะสม												
Nursing intervention ประเมินและดูแลทุก 12 ชั่วโมง		06.00				18.00							
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ	ทำความสะอาดช่องปาก												
	อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย												

Palliative Care in COVID-19 Pandemic

วันที่.....

ส่วนที่ 3 ประเมินปัญหาความไม่สุขสบายต่าง ๆ		ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ											
ประเมินทุก 2 ชั่วโมง ระบุเวลา		10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08
1. Pain	เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด												
	ผู้ป่วยบอกว่า “ปวด” หรือพยักหน้าบอกว่าปวด กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติ มีหน้ามืด คิวขมวด หรือ แสดงสีหน้าเจ็บปวด												
2. Dyspnea	เป้าหมาย: ไม่แสดงอาการหรือความทุกข์ทรมาน จากอาการหายใจลำบาก												
	ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบาก กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติ มีอาการ หายใจเร็ว หรือแรงขึ้น หายใจใช้กล้ามเนื้อท้อง												
3. Agitation	เป้าหมาย: ไม่มีกระวนกระวาย/สับสน												
	มีอาการเพ้อ/สับสน กระวนกระวาย												
4. N/V	เป้าหมาย: ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน												
	มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน												
5. Respiratory secretion	เป้าหมาย : ไม่มีเสียงดังครืดคราด												
	หายใจมีเสียงดัง ครืดคราดในคอ												
อาการอื่นๆ	ระบุ.....												
Nursing intervention ประเมิน/ดูแล ทุก 4 ชั่วโมง		10.00	14.00	18.00	22.00	02.00	06.00						
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ	Mouth care จิบน้ำ mouth spray ใช้วาสลีนทามิฟปาก												
	Eye care โดยใช้สำลีชุบน้ำเช็ด												
	กรณีไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ประเมินภาวะปัสสาวะคั่งค้าง (bladder full)												
	ตรวจสอบการได้รับยาจาก syringe drive/pump ให้ได้รับยาถูกต้อง												
	ประเมินผิวหนัง เช่น แผลกดทับ skin care และพลิกตัวตามความเหมาะสม												
Nursing intervention ประเมินและดูแลทุก 12 ชั่วโมง		06.00			18.00								
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ได้ปฏิบัติ	ทำความสะอาดช่องปาก												
	อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย												

การยืนยันการเสียชีวิต เสียชีวิตวันที่ เวลา

ลักษณะการเสียชีวิต สงบ Yes No ถ้า “No” ระบุ.....

ส่วนที่ 4 การดูแลภายหลังเสียชีวิต	
กิจกรรมการดูแล	ประสานแพทย์ เพื่อลงความเห็นการเสียชีวิต และเวลาเสียชีวิต
	ใส่เสื้อผ้าที่เตรียมไว้/ตามความเชื่อ/วัฒนธรรม
	สื่อสารครอบครัวเรื่องวิธีการจัดการศพที่ติดเชื้อ COVID-1
	ลงบันทึกเอกสารที่สำคัญ ใบรับศพ/ใบรับรองการตาย
	ให้คำแนะนำครอบครัวการออกใบรับรองแพทย์ ใบประกันชีวิต
	ให้คำแนะนำครอบครัวเรื่องการเคลื่อนย้ายศพกลับบ้านหรือไปวัด
	ให้แผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต
ให้แผ่นพับการดูแลตนเองหลังการสูญเสีย (bereavement care)	

แนวทางการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ COVID-19

ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบต่างๆ มากมาย รวมถึงในด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเช่นกัน ทีมสุขภาพจึงมีหน้าที่ลดความกังวลใจในเรื่องการดูแลรักษาและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ด้วย

กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับผลกระทบมี 2 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้าสู่ระยะท้าย
2. ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้าสู่ระยะท้าย

1. การประเมินปัญหาทางสังคม

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินปัญหาทางสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลได้ครอบคลุมโดยใช้แบบประเมินปัญหาทางสังคมผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย 14 คำถาม แต่ละคำถามจะให้ผู้ป่วยให้ค่าคะแนนความกังวลหรือความยากลำบาก 7 ระดับ พร้อมมีช่องหมายเหตุเพื่อให้ระบุรายละเอียด ซึ่งประเด็นในการประเมิน มีดังนี้

ตารางที่ 11. การประเมินปัญหาทางสังคม

1. การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจและรายได้	การให้ค่าคะแนน
2. ทรัพย์สิน	0 หมายถึง ไม่มีปัญหา (NO: 0-4%)
3. การประกอบอาชีพและการงาน	1 หมายถึง มีปัญหาเล็กน้อย (MILD: 5-25%)
4. จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อยู่ภายในบ้านและสัมพันธภาพในครอบครัว	2 หมายถึง มีปัญหาปานกลาง (MODERATE: 25-49%)
5. ภาระการช่วยเหลือครอบครัวและผู้อื่น	3 หมายถึง มีปัญหารุนแรง (SEVERE: 50-95%)
6. การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ	4 หมายถึง มีความยากลำบากอย่างที่สุดหรือเป็นอุปสรรคโดยสิ้นเชิง (COMPLETE: 96-100%)
7. ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้านเดี่ยว, คอนโด, หอพักรวม)	
8. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	8 หมายถึง มีปัญหาแต่ขอไม่ระบุรายละเอียด (Not Specified)
9. การดูแลสุขภาพตนเอง	9 หมายถึง ประเด็นนี้ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ (Not Applicable)
10. พลังงาน แรงขับ และความเข้มแข็งทางจิตใจ	
11. การหาซื้อสินค้าและบริการ	
12. อารมณ์และบุคลิกภาพ	
13. ความเจ็บปวด/ ความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและจิตใจ	
14. ทักษะคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของโรคจากคนรู้จักและคนในสังคม (การตีตรา)	

หากพบว่าประเด็นใดมีความรุนแรงในระดับ มีความยากลำบากมาก (SEVERE: 50-95%) หรือ มีปัญหารุนแรงที่สุดหรือเป็นอุปสรรคมากที่สุด (COMPLETE: 96-100%) แสดงว่าปัญหานั้นควรได้รับการจัดการ โดยอาจส่งต่อให้นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่ม และหากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายปัญหาบางอย่างอาจได้รับการคลี่คลายลงได้บ้าง

2. การสื่อสาร

แม้ว่าการดูแลรักษาโรค COVID-19 จะต้องมีระบบการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้มีระยะห่างระหว่างกัน แต่รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคลากรผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วย ต้องวางอยู่บนพื้นฐานความเอื้ออาทรและไว้วางใจซึ่งกันและกัน “การทักทายถามไถ่” ทุกข์สุข ความกังวลด้วยความเอื้ออาทรจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายทุกข์ลงได้ และยังสามารถช่วยเยียวยาจิตใจผู้ป่วยได้ การสื่อสารนี้หมายรวมถึงการสื่อสารทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา

3. การจัดการอารมณ์ ตัวอย่างอารมณ์ที่อาจจะเกิดได้

- **ความรู้สึกโกรธ** อาจจะมีโกรธตัวเองที่จะต้องสูญเสียความสามารถ สูญเสียอิสรภาพ หรือโกรธผู้ที่ทำให้ผู้ป่วย โกรธบุคลากร โกรธรัฐบาล เป็นต้น ความรู้สึกโกรธนี้หมายรวมถึงญาติที่มีต่อผู้ป่วยด้วย พวกเขาอาจโกรธที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือโกรธคนที่เสียชีวิตเพราะไม่ได้ปกป้องตนเอง
- **ความเสียใจและความรู้สึกผิดหรือสูญเสียความนับถือตนเอง** เป็นเรื่องปกติหลังจากการสูญเสียหรือเกิดวิกฤติใด ๆ อาจรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัวได้ รู้สึกผิดที่เป็นต้นกำเนิดให้บุคคลอื่นติดเชื้อด้วย เป็นต้น
- **ความรู้สึกโดดเดี่ยว** จากการทำที่ต้องถูกแยกเพื่อการรักษา อาจทำให้รู้สึกเหงาและเศร้าสลดยิ่งขึ้น ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกตัดทอนในช่วงที่ต้องการกำลังใจจากคนที่รักอย่างที่สุด
- **ความรู้สึกไร้อำนาจ** เนื่องจากเป็นโรคใหม่ กระบวนการรักษาทำได้เพียงการรักษาตามอาการ ยิ่งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมาก่อนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความยากลำบากในการเตรียมความพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตช่วงท้าย

แนวทางการจัดการอารมณ์

- ใช้กระบวนการปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยผู้เชี่ยวชาญ
- ให้โอกาสพูดคุยกับครอบครัว / คนที่รัก โดยทางโทรศัพท์ / วิดีโอคอล
- ส่งเสริมให้เขียนจดหมาย/ เขียนบันทึกไดอารี่ เพื่อบอกรัก ขอขอบคุณ ขอโทษ ขออภัย
- ส่งเสริมการใช้ศิลปะบำบัดเพื่อการเยียวยา เช่น การวาดรูป การฟังดนตรี

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดถึงงานหรือภาระที่ค้างคา ให้จัดลำดับความสำคัญและมอบหมายให้ญาติ คนรัก หรือผู้ใกล้ชิดได้จัดการ จะช่วยลดความกังวล unfinished business ของผู้ป่วยและญาติ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายได้

5. เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง ควรชักจูงให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (Advance Care Plan) ในประเด็นที่อาจจะเข้าสู่ระยะท้ายหรือเสียชีวิตได้ อาจเริ่มด้วยคำถามชวนคิดเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความไม่แน่นอนหรือสัจธรรมที่เคยพบเจอ เพื่อเป็นแนวทางในการคิดวางแผนการดูแลและความต้องการระยะท้าย

6. การจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย COVID-19 เป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญ แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ประเด็นสำคัญควรพิจารณาให้ครอบครัวหรือบุคคลที่รัก ได้เข้าเยี่ยมเพื่อกล่าวลา ดูแลครั้งสุดท้าย (หรือเยี่ยมผ่านสื่อเทคโนโลยี) ซึ่งขึ้นอยู่กับกรณีและสถานดูแลผู้ป่วยนั้นๆ มีความเป็นไปได้สูงที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีโอกาสได้พูดคุยบอกลากัน เป็นครั้งสุดท้ายทำให้การเสียชีวิตครั้งนี้เป็นการจากไปอย่างโดดเดี่ยว ยังไม่ได้ จัดการสิ่งที่ค้างคาใจ (unfinished business)

7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องจากการเจ็บป่วยและความตาย อาจมีข้อจำกัดเรื่องความปลอดภัยและการแพร่เชื้อ ทั้งนี้ต้องสื่อสารด้วยความเคารพและประนีประนอม

กรณีผู้ป่วยเด็ก

1) เด็กทุกคนมีวิธีการแสดงอารมณ์ของตนเอง การค้นหาวิธีการในการแสดงความรู้สึก เช่น ความกลัว หรือความเศร้า อาจใช้กิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น การเล่นหรือวาดภาพ จะช่วยให้กระบวนการนี้ง่ายขึ้น เด็กรู้สึกโล่งใจหากพวกเขาสามารถแสดงและสื่อสารความรู้สึกในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและให้การสนับสนุน

2) ในช่วงเวลาที่มีความเครียดและวิกฤติเป็นเรื่องปกติที่เด็กๆ จะแสวงหาสิ่งที่ผูกพันมากขึ้นและต้องการพ่อแม่มากขึ้น เมื่อเด็กจำเป็นต้องแยกออกจากผู้ดูแลหลัก ควรมีการแสดงออกให้เด็กรับรู้ตามระดับพัฒนาการว่าการแยกจากที่เกิดขึ้น เป็นความจำเป็น แต่ครอบครัวยังรักและห่วงใยเขาเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กไม่รู้สึกโดดเดี่ยว โดยให้การดูแลด้านจิตใจที่เหมาะสมและให้เด็กติดต่อกับพ่อแม่และผู้ดูแลเป็นประจำ เช่น การโทรศัพท์ หรือ วิดีโอตามกำหนดเวลาสองครั้งต่อวันหรือการสื่อสารที่เหมาะสมกับอายุอื่นๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์

กรณีครอบครัว/ญาติ

1) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจการรักษา รวมถึงแผนการจัดการการสูญเสีย และควรมีผู้ตัดสินใจหลัก (Proxy) มากกว่า 1 คน หากคนใกล้ชิดคนหนึ่งคนใดต้องเข้ารับการรักษาเช่นเดียวกัน

2) ประเมินความรุนแรงของการสูญเสียและความเสียใจไว้ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตพร้อมทั้งแนวทางให้การช่วยเหลือครอบครัว

3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ ความเครียด ความกังวลและช่องทางในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการติดเชื้อของผู้ป่วย เช่น การว่างงาน

4) ให้ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมทั้งให้ช่องทางในการติดต่อ การให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน แหล่งส่งต่อให้ความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อลดความกังวลของญาติ

5) แนะนำสมาชิกครอบครัว/ญาติให้ดูแลและตรวจสอบสุขภาพของตนเอง ไม่ว่าจะเกิดจากเชื้อ COVID-19 หรือสภาวะโรคเดิมที่มีอยู่

6) ครอบครัวผู้ป่วยถือเป็นผู้ได้รับผลกระทบ อาจต้องถูกกักบริเวณ ดังนั้น ควรได้รับข้อมูลแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ หรือแหล่งส่งต่อให้ความช่วยเหลือต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยติด COVID-19 เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว และสมาชิกที่เหลืออยู่เป็น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการหรือผู้ต้องพึ่งพิงเจ้าหน้าที่ต้องประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

7) การเตรียมความพร้อมครอบครัวก่อนการสูญเสีย ในสถานการณ์เช่นนี้หากเกิดอะไรขึ้นมาในระหว่างที่ครอบครัวไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย ครอบครัวได้จัดการกับปัญหาต่างๆ สิ่งที่น่ากังวลใจ เอกสารสิทธิต่างๆ รวมถึงธุรกรรมทางการเงิน หากผู้ป่วยเสียชีวิต แนะนำการเตรียมเอกสาร การติดต่อวัด ชุมชน หรือหน่วยงานต่างๆ ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการศพ หรือการเคลื่อนย้าย บางกรณีอาจต้องเตรียมชุมชน ประสานองค์กรท้องถิ่นเพื่อทำความเข้าใจกับชุมชน เพื่อนบ้าน หรือวัด

การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

1. ประเมินการรับรู้และความเข้าใจต่อโรค COVID-19 เพื่อเป็นการป้องกันความเข้าใจผิดของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เกี่ยวกับโรค COVID-19 บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลดังนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยระยะท้ายที่นอนโรงพยาบาลไม่ทราบข้อมูลข่าวสารว่าสถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค COVID-19 ญาติไม่สามารถเดินทางมาเยี่ยมได้ทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ เป็ดโทรทัศน์ หรือเปิดวิทยุ เป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร เพื่อคลายความกังวลใจลงได้
 - 1.2 ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใจและไม่ทราบวิธีการดูแลพิเศษเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ COVID-19 หรือแม้กระทั่งกฎระเบียบการเข้าเยี่ยม ลด social distancing จากคนในบ้าน หรือบุคคลภายนอกที่มาเยี่ยม เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงจากการกระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลและทำความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากสถานการณ์นี้
2. การประเมินให้ความช่วยเหลือปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวเพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้นขณะเกิดสถานการณ์ COVID-19
 - 2.1 ปัญหาทางด้านสังคม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการถูกตีตราทางสังคมหรือในชุมชน หากผู้ป่วยต้องการกลับไปใช้ชีวิตช่วงท้ายที่บ้าน รวมถึงการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการต่างๆ ที่พึงจะได้รับ การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม
 - 2.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น มีภาระค่าใช้จ่ายมากมาย ภาระหนี้สิน ขาดอาชีพ ขาดรายได้ ตกงาน ปัญหาที่อยู่อาศัยในการดูแลไม่เหมาะสม หรือถูกไล่ออกจากบ้านเช่า
 - 2.3 ปัญหาครอบครัว หากมีบุคคลใดภายในครอบครัวได้รับผลกระทบ อาจจะทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวสั่นคลอน บางคนเกิดภาวะความเครียดในการแบกรับภาระต่างๆ ไว้มิไหว อาจเกิดการหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก ถูกทอดทิ้งได้ ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ควรได้รับการประเมินเพื่อหาแนวทางให้ความช่วยเหลือต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการให้ความช่วยเหลือเฉพาะหน้า บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมินช่วยเหลือตามสภาพปัญหาหรือความต้องการที่สามารถจัดการช่วยเหลือได้ และหากเป็นปัญหาระยะยาวควรมีการหาแหล่งทรัพยากรต่างๆ ให้ความช่วยเหลือ ประสานส่งต่อหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ต่อไป
3. การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การประสานส่งต่อข้อมูล และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในการให้ความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีต่อไปนี้
 - 3.1 กรณีผู้ป่วยอยู่บ้าน ผู้ป่วยมีนัดติดตามอาการ ในช่วงนี้อาจโทรประสานให้ญาติผู้ป่วยมาติดตามอาการและรับยากลับบ้านให้ผู้ป่วย และถ้าหากญาติมีความกังวลหรือกลัวว่าการมาโรงพยาบาลจะเป็นการรับเชื้อหรือติดเชื้อ COVID-19 บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลและช่องทางการติดต่อหากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและมีอาการที่ต้องจัดการเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลใจในการดูแลรักษาอาการที่ไม่สามารถจัดการได้
 - 3.2 หากผู้ป่วยระยะท้ายต้องการกลับบ้าน ทีมบุคลากรควรมีการประสานส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับบ้านหรือภูมิลำเนาต่างจังหวัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ

ของทีมีว่าจะประสานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไร เช่นบางเครือข่ายอาจจะเป็นการโทรสอบถาม ให้ช่องทางการติดต่อหากจำเป็นต้องมีการจัดการอาการเนื่องจากญาติมีความกังวลและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ

- 3.3 ช่วยประสานรถส่งต่อ ambulance ให้ผู้ป่วยและครอบครัวหากจำเป็นต้องใช้ในการเดินทางกลับบ้าน ในสถานการณ์นี้การเดินทางค่อนข้างลำบาก ในแต่ละจังหวัด และในบางพื้นที่มีการปิดการเข้า-ออก และเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 หากจำเป็นต้องเดินทาง ให้สอบถามความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือบนรถ เอกสารต่างๆ ใบรับรองแพทย์ ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อเป็นการรับรองและยืนยันให้กับผู้ป่วยและครอบครัวขณะเดินทางกลับบ้าน เพื่อให้การเดินทางเป็นไปอย่างราบรื่นปลอดภัย
- 3.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลหากกลับเข้าชุมชนไม่ได้ ทีมช่วยประสานให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้นำในชุมชนผู้ใหญ่บ้าน อบต. เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับทุกฝ่าย
4. การออกหนังสือรับรอง เอกสารการเจ็บป่วย ใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการเดินทางกลับบ้านไปใช้ชีวิตช่วงท้ายที่บ้าน แนะนำญาติดำเนินการแจ้งผู้นำในชุมชน หรือหน่วยงานภาครัฐเพื่อยืนยันข้อมูลผู้ป่วย ในกรณีกลับต่างจังหวัดหรือกลับชุมชน บางพื้นที่อาจจะต้องถูกกักตัวให้อยู่ในบริเวณบ้าน แนะนำครอบครัวให้เตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้พร้อม รวมถึงเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น
5. การดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจ หากผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีความเครียด ความกังวลกับสถานการณ์นี้ ประเมินสอบถามความเครียด ความกังวลว่ามีปัญหาหรือความไม่สบายใจในเรื่องไหนบ้าง รับฟัง เข้าใจ และช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แนะนำหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย ออกกำลังกาย เพื่อช่วยคลายความกังวลใจ
6. การเตรียมความพร้อมครอบครัวก่อนการสูญเสีย ในสถานการณ์เช่นนี้ควรมีการเตรียมครอบครัวไว้ล่วงหน้า หากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระหว่างที่ครอบครัวไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย การพูดคุยแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวได้จัดการกับปัญหาต่างๆ สิ่งที่ค้างคาใจแล้วหรือยัง ต้องเตรียมการอะไรบ้างหากผู้ป่วยเสียชีวิต แนะนำการเตรียมเอกสาร การติดต่อสถานที่ในการจัดงาน หรือติดต่อหน่วยงานต่างๆ
7. การให้ความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติอาจจะรู้สึกตกใจ กังวลใจ ไม่รู้ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรต่อไปในสถานการณ์นี้ ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับญาติเบื้องต้นในเรื่องพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อของแต่ละคน เกี่ยวกับการจัดพิธีการต่างๆ อาจทำไม่ได้ตามรูปแบบขนบธรรมเนียมประเพณีที่ครอบครัวนับถือปฏิบัติ ในสถานการณ์ COVID-19 เพราะในช่วงนี้หน่วยงานราชการออกกฎขอความร่วมมือในการจัดพิธีให้เป็นไปแบบเรียบง่าย ลดการสัมผัสใกล้ชิด ลดการรวมกลุ่ม เพิ่มระยะห่าง หรือหากจัดงานก็ให้จัดพื้นที่ที่เหมาะสม เรียบง่ายตามความเชื่อในแต่ละศาสนา
8. การจัดการภาวะอารมณ์เศร้าโศกของครอบครัวหลังจากการสูญเสีย ในสถานการณ์นี้ครอบครัวต้องการการ support อย่างมาก บางคนรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว มีภาวะเศร้า เสียใจต้องการกำลังใจ อาจมีการรวมกลุ่ม โอบล้อมสัมผัสสวมกอด เพื่อให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การจัดการเรื่อง social distancing อาจเป็นเรื่องยาก บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ข้อมูล พูดคุยวางแผนรูปแบบที่ญาติสามารถแสดงต่อกันเพื่อเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Peter Yuichi Clark, Denah M. Joseph, and Jessi Humphreys. Cultural, Psychological, and Spiritual Dimensions of Palliative Care in Humanitarian Crises. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. [Internet] 2019 [cited 2020 Apr.18] Available from: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-16?print=pdf>.
2. Morag Farquhar, Gail Ewing & Gun Grande. Supportive Information Carers during the COVID-19 pandemic, V1:17/03/2020 the national NIHR ARC Palliative & End of Life Care theme.
3. The Humanitarian Health Ethics Research Group, Alleviating suffering and upholding dignity in the midst of CoViD-19 response. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr. 11] Available from: https://www.phpc.cam.ac.uk/pcu/files/2020/04/PallcareCovid_Recommendations_FINAL.pdf.
4. The National Clinical Program for Palliative Care. Palliative Care Needs Assessment Guidance [Internet] 2014 [cited 2020 Apr. 18] Available from: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/palliative-care-needs-assessment-guidance.pdf>

การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และการจัดการศพ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ในบทนี้จะกล่าวถึงการดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และการจัดการศพ ทั้งศพที่เสียชีวิตจากโรค COVID-19 และโรคอื่นๆ การติดเชื้อไวรัสโคโรนาแล้วเสียชีวิต ถือเป็น การเสียชีวิตโดยโรคธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องมีการชันสูตรพลิกศพ ยกเว้นแต่มีเหตุให้นึกถึงการตายผิดธรรมชาติ เช่น ตายระหว่างถูกคุมขัง การดูแลจัดการสามารถแบ่งได้เป็น ศพที่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อ COVID-19 ก่อนเสียชีวิต ศพที่ยังไม่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อ COVID-19 แต่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และศพที่เสียชีวิตโดยโรคตามธรรมชาติ ไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

นิยามศพที่ต้องทำการสอบสวนโรค

- เสียชีวิตโดยมีปรากฏเหตุและมีประวัติมาจากพื้นที่เสี่ยง (นอกสถานพยาบาล)
 - เสียชีวิตโดยโรคปอดอักเสบรุนแรงเฉียบพลันโดยไม่ทราบเชื้อสาเหตุ (ในสถานพยาบาล)
- รายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารแนบท้าย

ศพที่เสียชีวิตโดยโรคตามธรรมชาติ ไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ขั้นตอนการจัดการศพจะเป็นไปตามปกติ

กรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล

1. หลังผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลในหอผู้ป่วยดูแลศพด้วยการอาบน้ำ แต่งตัว เย็บแผล (กรณีมีแผล) สวมเสื้อผ้าที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวเตรียมไว้ให้ บางแห่งอาจมีบริการแต่งหน้าศพ และติดป้ายชื่อที่ข้อมือศพ ขั้นตอนนี้หากครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมสามารถแจ้งทีมสุขภาพได้
2. ศพจะได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยหลังเสียชีวิตเป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อรอการเคลื่อนย้ายไปห้องเก็บศพ
3. สามารถแจ้งพยาบาลเพื่อขอกระทำพิธีกรรมตามความเชื่อ ศาสนาได้
4. หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ห้องเก็บศพมารับศพ เพื่อเตรียมการให้ญาตินำศพกลับบ้าน
5. หากต้องการฉีดฟอร์มาลิน ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องศพ (ไม่ต้องฉีดยาศพ กรณีบริจาคร่างกายเป็นอาจารย์ใหญ่)
6. เอกสารที่ญาติจะได้รับ ก่อนนำศพออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย
 - ใบขอรับศพ (ออกให้โดยพยาบาลที่หอผู้ป่วย) ต้องนำไปแสดงกับเจ้าหน้าที่ที่ห้องศพ เพื่อขอรับศพกลับ
 - ใบรับรองการตาย ออกให้โดยแพทย์ประจำหอผู้ป่วย
7. รับศพนำไปประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ กรณีบริจาคร่างกายเป็นอาจารย์ใหญ่ ให้นำศพกลับไปบำเพ็ญกุศลที่ภูมิลำเนาเป็นเวลา 3 วัน ไม่ต้องฉีดยาศพ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์จะมีรถไปรับศพกลับมาจากภูมิลำเนา

กรณีเสียชีวิตที่บ้าน

1. แจ้งผู้นำชุมชนทราบ เพื่อออกใบรับรองการตาย
2. กรณีเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลโดยศูนย์ดูแลประคับประคอง ให้นำใบรับรองแพทย์ที่ได้รับก่อนนำผู้ป่วยกลับบ้าน ไปยื่นต่อนายทะเบียนตามระเบียบการแจ้งตายภายใน 24 ชั่วโมง
3. หากต้องการฉีดยาศพ ให้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่อนามัย หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีบริจาคร่างกาย ไม่ต้องฉีดยาศพ ให้นำศพเข้าโรงเรียนให้เร็วที่สุด บำเพ็ญกุศลได้ 3 วัน แล้วรถโรงพยาบาลจะไปรับศพกลับมา

การแจ้งตาย

ติดต่อนายทะเบียนเขต/อำเภอ เพื่อขอรับใบมรณะบัตรภายใน 24 ชั่วโมงหลังเสียชีวิต โดยต้องเตรียมเอกสาร ดังนี้ หนังสือรับรองการตาย ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวราชการหรือหนังสือสำคัญบุคคลต่างด้าว (ตัวจริง) ของผู้เสียชีวิต และผู้ไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตร พร้อมสำเนา 1 ชุด

ศพที่ยังไม่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา แต่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

กรณีพบศพนอกสถานพยาบาล

- เมื่อสงสัยว่าศพมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ให้โทรแจ้งโรงพยาบาล แจ้งวันการสัมผัส วันระยะห่างจากศพ 2 เมตร
- แพทย์นิติเวชออกชันสูตรเบื้องต้น ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) สอบถามประวัติและบันทึกภาพ สถานที่พบศพโดยละเอียด เมื่อพิจารณาแล้วว่าเข้านิยามศพที่ต้องสอบสวนโรค ประสานเจ้าหน้าที่ เคลื่อนย้ายศพมาสถานพยาบาลที่สามารถเก็บตัวอย่างได้
- ทีมสอบสวนโรคลงพื้นที่สถานพยาบาล เพื่อทำการเก็บตัวอย่าง
- ให้ปิดกั้นพื้นที่สถานที่พบศพ ห้ามบุคคลอื่นเข้าไปโดยเด็ดขาด จนกว่าจะได้รับผลการตรวจยืนยันเชื้อ

กรณีพบศพในสถานพยาบาล

1. เมื่อแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่าเข้านิยามศพที่ต้องทำการสอบสวนโรค ประสานเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายศพมาห้องพักศพที่สามารถเก็บตัวอย่างจากศพได้ ทีมสอบสวนโรคลงพื้นที่ เพื่อทำการเก็บตัวอย่าง
 - เมื่อเก็บตัวอย่างแล้วเสร็จ นำศพใส่ถุงเก็บศพ ซ้อนกัน 2 ถุง โดยถุงต้องเป็นพลาสติกกันน้ำที่มีความหนา ไม่น้อยกว่า 0.15 มิลลิเมตร ปิดล๊อคให้แน่นและผนึกด้วยแถบขาว พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อที่ไม่ทำลายพลาสติกที่ผิวด้านนอกถุง
 - ส่งตัวอย่างตรวจยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างรอผล ให้เก็บศพไว้ในถุงเก็บศพ
 - ผู้สัมผัสศพ สิ่งส่งตรวจและสิ่งของที่ใช้กับศพ ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE)
 - จำกัดจำนวนบุคลากรลงพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงในการกระจายเชื้อ
 - ทำความสะอาด พื้นที่ที่พบศพ, ห้องตรวจศพ, ห้องเก็บศพ และ อุปกรณ์ที่สัมผัสศพ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยถ้าเป็นสาร คัดล้าง เนื้อเยื่อหรือเลือดใช้ 0.5 % Sodium hypochlorite (คลอรีน) ถ้าพื้นผิวที่ไม่ปนเปื้อนใช้ 0.05 % Sodium hypochlorite (คลอรีน)
 2. การตรวจยืนยันเชื้อ ให้เก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อปอดใส่ saline ในขวด sterile
 - 3.1 กรณีผลตรวจยืนยันเชื้อ พบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา
 - ใ้แจ้งการผ่าตรวจศพ หรือสัมผัสศพ ติดป้ายสีแดงระบุชื่อหรือหมายเลขศพ พร้อมระบุว่าติดเชื้อกลุ่มโคโรนา
 - สามารถเคลื่อนย้าย ประกอบพิธีทางศาสนา จัดการศพโดยการเผาศพและการฝังศพได้ โดยห้ามเปิดถุงเก็บศพโดยเด็ดขาด (อ้างอิง CDC Biohazard class 2)
 - 3.2 กรณีผลตรวจยืนยันเชื้อ พบว่าไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา
- การเก็บศพ การทำความสะอาดหรือการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ให้ดำเนินการเหมือนศพปกติทั่วไป

ศพที่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

ศพจะอยู่ในสถานพยาบาลภายในห้องแยกความดันลบ ที่มีสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาต้องใส่ PPE ตลอดกระบวนการรักษา การจัดการศพ การส่งศพไปห้องพักศพ ส่งศพให้ครอบครัวกลับไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ญาติและครอบครัวไม่มีโอกาสได้พบเห็นผู้ป่วยในช่วงที่รักษาตลอดจนหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

- เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติไม่สามารถเข้าไปดูศพได้ หากญาติต้องการการเก็บของที่ระลึกศพ (เช่น ปอยผม รอยฝ่ามือ) สามารถให้ทีมสุขภาพจัดเตรียมให้ในช่วงเตรียมบรรจุศพลงถุ่ หลังจากนั้น ห้ามเปิดถุ่เก็บศพ โดยเด็ดขาด ของที่ระลึกศพให้บรรจุในถุ่สะอาดที่ปิดสนิท ทำการฆ่าเชื้อนอกถุ่ และห้ามเปิดถุ่ก่อน 7 วัน
- ก่อนบรรจุศพลงถุ่ให้ถอดอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ทั้งหมดออกจากศพ ยกเว้น ท่อ สาย และ อุปกรณ์อื่น ๆ ที่สัมผัสกับทางเดินหายใจและปอดของผู้ตาย เช่น ท่อช่วยหายใจ nasogastric tube ใช้สำลีก้อนชุบ 0.5% Hypochlorite solution อุดในรูจมูก ช่องปาก และปลายเปิด ของท่อต่าง ๆ รวมทั้ง ผูกมัดสาย Nasogastric tube
- นำศพใส่ถุ่เก็บศพ ซ้อนกัน 2 ถุ่ โดยถุ่ต้องเป็นพลาสติกกันน้ำที่มีความหนา ไม่น้อยกว่า 0.15 มิลลิเมตร ปิดล๊อคให้แน่นและผนึกด้วยแถบกาวย่น้ำยาฆ่าเชื้อที่ไม่ทำลายพลาสติกที่ผิวด้านนอกถุ่
- ส่งศพไปห้องพักศพ รอญาติมารับศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

เครื่องใช้ทรัพย์สินมีค่าของศพให้ทำความสะอาดฆ่าเชื้อบรรจุในถุ่สะอาดที่ปิดสนิท ทำการฆ่าเชื้อนอกถุ่ ก่อนส่งคืนญาติ เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย ควรนำไปทิ้งขยะติดเชื้อ ไม่ควรส่งคืนญาติ

การใส่อุปกรณ์ป้องกันตัว (PPE) ในผู้ที่สัมผัสศพ, สิ่งส่งตรวจและสิ่งของที่ใช้กับศพ ให้แต่งกายดังนี้

1. ถู่มือ disposable gloves ที่คลุมข้อมือไปจนถึงบางส่วนของท่อนแขนส่วนปลาย
2. หน้ากาก face shield
3. หมวกคลุมผม
4. แว่นตา goggle
5. หน้ากาก surgical mask/N 95 mask
6. เสื้อกาวน์กันน้ำ และเอี๊ยมพลาสติกชั้นนอก
7. รองเท้าบู๊ท และ ถูคลุมรองเท้า

คำแนะนำสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการจัดการศพติดเชื้ออันตราย

- ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุด PPE ขณะทำงานตลอดเวลา และถอดชุดออกทันทีหลังเสร็จสิ้นการจัดการศพ
- ผู้ปฏิบัติงานควรเคยผ่านการอบรมการใส่และถอดชุด PPE และการจัดการศพติดเชื้อมาก่อน
- เจ้าหน้าที่เข็นรถเข็นศพ, เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายศพ และผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ สามารถสัมผัสศพ ภายนอกที่ผ่านการ decontamination มาแล้ว โดยใส่ถุ่มือแบบใช้แล้วทิ้งและไม่ต้องสวมชุด PPE
- การเก็บศพเพื่อรอผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ควรเก็บในตู้เย็นเก็บศพที่มีช่องแยก ไม่เก็บรวมกับศพอื่น ๆ
- ศพที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการแล้วว่าไม่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำศพออกจากถุ่ได้ และสามารถอาบน้ำทำความสะอาดศพ ฉีดน้ำยาฆ่าเชื้อสภาพศพ รวมทั้งประกอบพิธีทางศาสนาได้ตามปกติ

- สามารถใช้ได้ทั้งวิธีการเผาศพและการฝังศพสำหรับผู้เสียชีวิตที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ให้คำนึงถึงความเชื่อและประเพณีตามศาสนาของผู้เสียชีวิต
- ไม่ควรถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สัมผัสกับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจออกจากศพ เช่น Endotracheal tube, Nasogastric tube, Oropharyngeal airway ยกเว้นในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเก็บสารคัดหลั่งที่ปนเปื้อนอุปกรณ์ทางการแพทย์นั้น ๆ เพื่อส่งตรวจยืนยันเชื้อ
- การทำความสะอาดฆ่าเชื้อ ไม่ควรใช้อุปกรณ์ฉีดยาฉีดกับศพ ถุงศพ รถเข็นศพ หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ในการจัดการศพ รวมทั้งการทำความสะอาดพื้นที่ที่พบศพ เพื่อลดการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค ให้ใช้วิธีการเช็ด ชับ หรือล้างแทน
- ไม่ควรเปิดถุงบรรจุศพอีกหลังการเก็บศพ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ตาย
- ไม่ควรอาบน้ำทำความสะอาดศพ และไม่ควรถูดยาหรือรักษาสุขภาพศพ

คำแนะนำสำหรับญาติผู้เสียชีวิตและผู้ปฏิบัติงานในการประกอบพิธีทางศาสนา

- ศพผู้ตายได้รับการบรรจุใส่ถุงศพและผ่านการทำความสะอาดฆ่าเชื้อภายนอกถุงศพตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ญาติผู้เสียชีวิตและผู้ปฏิบัติงานในการประกอบพิธีทางศาสนา สามารถสัมผัสถุงศพภายนอกที่ผ่านการทำความสะอาดฆ่าเชื้อมาแล้ว โดยใส่ถุงมืออย่างแบบใช้แล้วทิ้งชั้นเดียว และไม่มีมีความจำเป็นต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันชนิดอื่นอีก อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้สัมผัสถุงศพถ้าไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนังจากน้ำยาฆ่าเชื้อที่เปื้อนอยู่ด้านนอกถุงและอันตรายจากการสัมผัสกับเชื้อโรคอื่น ๆ
- ห้ามเปิดถุงบรรจุศพในทุกกรณี การเปิดถุงบรรจุศพอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค
- สามารถเผาศพหรือการฝังศพสำหรับผู้เสียชีวิตที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้ ตามความเชื่อและศาสนาของผู้เสียชีวิต
- การจัดตั้งศพเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา สามารถกระทำได้ตามปกติ โดยบรรจุศพในโลงเย็น แนะนำให้ทำการเผาศพหรือฝังศพโดยเร็ว เนื่องจากศพไม่ได้ฉีดน้ำยาฆ่าเชื้อสุขภาพศพ อาจมีการรั่วซึมของของเหลวที่เกิดจากการเน่า
- โลงเย็นและอุปกรณ์อื่น ๆ ที่สัมผัสกับศพระหว่างการประกอบพิธีทางศาสนา สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยการเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 0.5% Hypochlorite solution
- การเก็บเถ้ากระดูกสามารถกระทำได้ตามปกติ เนื่องจากเชื้อไวรัสถูกทำลายด้วยอุณหภูมิที่สูงไปหมดแล้ว
- ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

1. Iain L, Fiona M. COVID-19 and Palliative , End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care [Internet]. Northern Care Alliance NHS group; 2020. Available from: <https://apmonline.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22-March-2020.pdf>
2. Health Protection NSW. COVID-19 – Handling of bodies by funeral directors [Internet]. Health Protection NSW. 2020 [cited 2020 Apr 18]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/fact-sheets/Pages/covid-19-funeral-directors.aspx>
3. World Health Organization. Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19 [Internet]. World Health Organization; 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-COVID-19-IPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf
4. กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health T. แนวทางการจัดการศพที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Guidance for Handling of Human Remains of Confirmed or Suspected COVID 2019 [Internet]. 2nd ed. กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, editor. กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2020. 1–15 p. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g04_cremation_020463.pdf
5. ศูนย์การุณรักษ์. คำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2018.
6. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติการจัดการศพสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 [Internet]. กระทรวงสาธารณสุข, editor. กระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2020. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G43.pdf

เอกสารแนบท้าย

เกณฑ์สอบสวนโรคผู้เสียชีวิตที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Criteria of Bodies Under Investigation (BUI) for COVID -19)

1. การเสียชีวิตในทุกทราย ที่ก่อนเสียชีวิตมีประวัติใช้ ร่วมกับอาการทางระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง (ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก) ร่วมกับการมีประวัติในช่วงเวลา **14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย** อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- (1) มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ประกาศเขตติดโรคฯ หรือพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*
- (2) เป็นผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ
- (3) มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- (4) เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่สัมผัสกับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- (5) มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชน และมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเวลาเดียวกันกับผู้ป่วย**

2. ก่อนเสียชีวิตได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการมีประวัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- (1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
- (2) เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย

3. ตรวจพบลักษณะพยาธิสภาพของปอดอักเสบรุนแรงทั้งสองข้างจากการผ่าตรวจศพ

4. การเสียชีวิตโดยยังไม่ปรากฏสาเหตุ ที่มีประวัติเสี่ยงในช่วงเวลา **30 วัน ก่อนเสียชีวิต**ตามข้อ (1) – (5) ในข้อ 1. และไม่สามารถสืบทราบประวัติการเจ็บป่วยก่อนจะมีการเสียชีวิตได้

*ตามประกาศของกรมควบคุมโรค

**ตามประกาศของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามผู้เสียชีวิตที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล.....เลขบัตรประชาชน/passport..... สัญชาติ.....
 เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เดือน อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำอย่างละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์
 เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา.....
 ที่อยู่ขณะเสียชีวิตในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน.....
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อญาติที่ติดต่อได้ความสัมพันธ์กับผู้ตาย.....หมายเลขโทรศัพท์.....

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เสียชีวิต/พบศพ..... เวลา..... พฤติการณ์การตายเบื้องต้น ตายมิปรากฏเหตุ
 ช้ำตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำร้าย อุบัติเหตุ ตายโดยธรรมชาติ ระบุโรค.....
 โรคประจำตัว : ไม่ทราบ ไม่มี มี ระบุ
 ประวัติการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต : ไม่ทราบ ไม่มี มี (กรุณาเลือกอาการด้านล่าง)
 ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย อื่น ๆ ระบุ
 วันที่เริ่มมีอาการ..... ไม่เคยเข้ารับการรักษ เคยเข้ารับการรักษ สถานพยาบาล.....
 จังหวัด วันที่เข้ารับการรักษครั้งแรก.....
 การใส่เครื่องช่วยหายใจ ใส่ ไม่ใส่ เอ็กซเรย์ปอด ไม่ได้ทำ ทำ ระบุผล

3. ประวัติเสี่ยง

ช่วง (14 วันก่อนป่วย) / (30 วันก่อนเสียชีวิต) อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดถ้าใช่ ระบุเมืองประเทศ..... เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่.....โดยสายการบิน	ไม่ใช่	ใช่
ช่วง (14 วันก่อนป่วย) / (30 วันก่อนเสียชีวิต) ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ	ไม่ใช่	ใช่
ช่วง (14 วันก่อนป่วย) / (30 วันก่อนเสียชีวิต) มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุชื่อ.....	ไม่ใช่	ใช่
ช่วง (14 วันก่อนป่วย) / (30 วันก่อนเสียชีวิต) เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่สัมผัสกับผู้ป่วยเข้า เกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ไม่ใช่	ใช่
ช่วง (14 วันก่อนป่วย) / (30 วันก่อนเสียชีวิต) มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชน และมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเวลาเดียวกันกับผู้ป่วย ระบุชื่อสถานที่.....	ไม่ใช่	ใช่
เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ	ไม่ใช่	ใช่
เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ	ไม่ใช่	ใช่
ตรวจพบลักษณะพยาธิสภาพของปอดอักเสบรุนแรงทั้งสองข้างจากการผ่าตรวจศพ	ไม่ใช่	ใช่

ผู้รายงาน..... หน่วยงาน..... โทรศัพท์..... วันที่สอบถาม.....

การดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติสถานการณการระบาดของเชื้อ COVID-19 (Bereavement care during COVID-19 pandemic)

ภาวะเศร้าโศกและความสูญเสียในสถานการณการระบาดของเชื้อ

สถานการณการแพระบาดของเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกกระทบต่อบุคคลในสังคมทั้งทางตรงต่อวิถีชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลง ภาวะจิตใจที่กลัวกังวลการติดเชื้อของตนเองและคนในครอบครัว ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ และผลกระทบทางอ้อมจากข่าวสารที่ทำให้จิตใจหดหู่ กล่าวได้ว่า ทุกคนในสังคมประสบความสูญเสียร่วมกันกว่าได้ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าบุคคลส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี (resilience) โดยไม่จำเป็นต้องพบบุคลากรทางการแพทย์¹

อย่างไรก็ตาม ญาติผู้เสียชีวิตจากโรค COVID-19 จำนวนไม่น้อยทุกข์ทรมานจากการสูญเสีย ธรรมชาติของโรคที่การเสียชีวิตมักเป็นแบบกะทันหันทำให้ไม่มีโอกาสเตรียมจิตใจหรือกล่าวลาในวาระสุดท้าย กระบวนการควบคุมโรคทำให้ญาติและผู้ป่วยต้องแยกจากกัน ร่างผู้เสียชีวิตจะถูกเก็บรักษาอย่างมิดชิด และ งานศพตามประเพณีจะถูกปรับเปลี่ยนให้สั้นลงจนทำให้กระบวนการทางสังคมที่จะช่วยเยียวยาจิตใจจะถูกกดทอน ข่าวสารการสูญเสียจากสื่อที่อาจต่อย้ำความรู้สึกสูญเสียให้ยาวนานขึ้น ดังนั้นการดูแลภาวะเศร้าโศกในญาติผู้เสียชีวิตจาก COVID-19 คือ การสื่อสารอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยและญาติจนกระทั่งหลังการเสียชีวิตในรายกรณีที่มีความเสี่ยง²

อาการที่อาจพบได้

รู้สึกผิด: รู้สึกผิดที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี รู้สึกผิดที่ตนนำเชื้อมาให้

กลัว: กลัวติดโรค

โกรธ: รู้สึกไม่ได้รับการดูแลอย่างที่ควรเป็น โกรธผู้เสียชีวิตที่ไม่ดูแลตนเองให้ดี รู้สึกไม่รับความยุติธรรม

คำแนะนำในการดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติสำหรับทีมการดูแลระดับประคอง

การเริ่มดูแลระดับประคองตั้งแต่ก่อนเสียชีวิตจะช่วยให้อาญาติผู้ป่วยผ่านพ้นเหตุการณ์ไปได้ โดยให้ข้อมูลที่ เป็นความจริง ด้วยคำพูดที่แสดงความเห็นใจ รวมถึงให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัว แม้จะมีข้อจำกัดเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ หากการสนทนากับญาติเป็นไปแบบปกติไม่ได้ อาจใช้โทรศัพท์ หรือ การสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่เหมาะสม

1. ก่อนการเสียชีวิต³

- ประเมินความรับรู้ของครอบครัว รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ช่วยสื่อสารความต้องการกับทีมดูแลเจ้าของไข้ ในกรณีที่อยู่ home quarantine อาจเป็นสื่อกลางในการสื่อสารสถานการณการเจ็บป่วยเป็นระยะเพื่อให้ญาติรับรู้ความเป็นไป รวมถึงการตั้งเป้าหมายการดูแลที่เป็นไปตามความเป็นจริง
- หากผู้ป่วยยังสามารถสื่อสารได้ดี อาจใช้เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้สื่อสารกัน
- ประเมินเครือข่ายสนับสนุนในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม

2. หลังการเสียชีวิต⁴⁻⁶

ภาวะเศร้าโศกเป็นเรื่องปกติ ที่ญาติมิตรตลอดจนเครือข่ายทางสังคมสามารถดูแลกันเองจนกลับมาสู่สภาวะปกติได้ ไม่ควรรีบร้อนที่จะเข้าไปแทรกแซง บทบาทที่มสุขภาพ คือ ฝ้าติดตาม ให้ความช่วยเหลือระดับประคองจิตใจญาติผู้ป่วย เป็นผู้รับฟังที่ดี และสนับสนุนข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตัว

- อธิบายถึงข้อจำกัดในเรื่องการจัดการร่างผู้เสียชีวิตที่ต้องห่ออย่างมิดชิดและไม่สามารถสัมผัสกับร่างผู้เสียชีวิตได้ รวมถึงข้อจำกัดพิธีกรรมทางศาสนา
- ประสานผู้นำทางศาสนาเพื่อดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในกรณีที่ญาติต้องการ
- ตอบคำถาม ข้อสงสัยในกระบวนการรักษา ญาติผู้เสียชีวิตอาจมีข้อสงสัยหรือสิ่งค้างคาใจในกระบวนการรักษา
- อาจส่งข้อความหรือการ์ด แสดงความเสียใจ
- ให้ช่องทางติดต่อและแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือหากทางญาติผู้เสียชีวิตร้องขอ
- ในกรณีที่ญาติผู้เสียชีวิตถูกรังเกียจหรืออาจถูกตีตราจากสังคมอาจต้องประสานงานกับทีมสุขภาพใกล้บ้านเพื่อทำความเข้าใจกับชุมชนและติดตามภาวะเศร้าโศก
- สนับสนุนเชื่อมโยงแหล่งความช่วยเหลือภายนอกตามความจำเป็นในรายที่จำเป็น เช่น สังคมสงเคราะห์ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- Psychiatric consultation ในกรณีที่ญาติผู้เสียชีวิตเศร้าโศกจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกตินานเกิน 6 เดือน มีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย

“ก้าวพ้น” ความเศร้าโศกเสียใจ⁷

คำนิยามการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามองค์การอนามัยโลก คือ “การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยแล้วยังให้การดูแลครอบครัวด้วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการป้องกันหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น สามารถกระทำได้โดยการระบุงการไม่สุขสบายได้แต่เนิ่นๆ ผ่านการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษา ความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ความปวด หรืออาการอื่นๆ ทางกาย ทางจิตสังคม และจิตวิญญาณ” จากคำจำกัดความจะเห็นว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้มักมีชีวิตอีกไม่นาน (ส่วนมากมักไม่เกิน 6 เดือน) ดังนั้นการเสียชีวิต หรือ “ความตาย” จึงเป็นส่วนหนึ่งของการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ได้รับผลกระทบเหล่านี้มักมีความคิดความรู้สึกกลับไปกลับมาระหว่าง ความเสียใจและความหวัง คิดถึงชีวิตในอดีตและอนาคต บางคนปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้นและยังคงใช้ชีวิตเหมือนก่อนหน้าที่จะได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยรุนแรงนี้ บางคนกลับยอมรับการเจ็บป่วยนี้อย่างเต็มใจ พร้อมทั้งเริ่มเตรียมตัวเพื่อพบกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต บางคนพบสัจธรรมของชีวิตหรือสัจธรรมทางจิตวิญญาณ บางคนเริ่มใส่ใจตัวเองมากขึ้นในการดูแลสุขภาพทั้งทางอาหารการกินและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเมื่อรับรู้ข่าวร้ายว่าเป็นโรคคุกคามต่อชีวิต หรือสมาชิกครอบครัวเมื่อผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว มักเกิดความเศร้าโศกเสียใจ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ได้แก่ ความรู้สึกช็อค ความตระหนักรู้ว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้น การถอนตัวออกจากความเศร้า การเยียวยา และการฟื้นตัว

ไม่ใช่ทุกคนจะต้องเกิดทั้ง 5 ระยะ เพียงแต่ให้เราตระหนักรู้ว่าเราอยู่ในระยะไหน เพื่อจะได้ไม่ตระหนกตกใจจนเกินไป ทำให้ยอมรับความเศร้าโศกเสียใจได้ดีขึ้นและท้ายที่สุดจะก้าวพ้นไปได้ การจัดการความเศร้าโศกเสียใจเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา **แต่ละคนใช้เวลาไม่เท่ากัน และไม่เหมือนกัน** แต่ด้วยความมุ่งมั่น “เราจะก้าวพ้นความเศร้าโศกเสียใจไปได้” อย่างแน่นอน

ระยะที่ 1 : ระยะ “ช็อค” หมายถึง ความรู้สึกเจ็บปวดทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งๆ ความเจ็บปวดจะมากน้อยรุนแรงขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร เกิดขึ้นเมื่อไรที่ไหน เกิดขึ้นได้อย่างไร ถ้าเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีเหตุอันไม่สมควรเป็นต้นเหตุของการเสียชีวิต ความเจ็บปวดจะรุนแรง ทำให้มีความรู้สึก “ช็อค” รุนแรง

ระยะที่ 2 : ตระหนักรู้ว่ามีความสูญเสียเกิดขึ้น การกระทำหรือความคิดความรู้สึกจะปนเป ะปะ กลับไปกลับมา บางคนบอกเล่าว่าบางวันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกวิตกกังวล กลัวที่จะต้องลุกออกจากเตียง ในขณะที่บางวันตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่น และต่อจากนั้นรู้สึกแย และร้องไห้จนหมดวัน

ระยะที่ 3 : การถอนตัวออกจากความเศร้า จะเกิดความรู้สึกไม่ต้องการทำอะไร อยากเก็บตัวอยู่คนเดียว อยากนอน ซึ่งจัดเป็นระยะการถอนตัวออกจากความเศร้า เป็นการสงวนแรงหรือพลังงานในตัว ไม่ให้ใช้หมดไปกับความเศร้า โศกเสียใจ ที่มีการแสดงออกทั้งการร้องไห้ โมโห โกรธ นอนไม่หลับ ผุดลุกผุดนั่ง เป็นต้น ระยะนี้ร่างกายต้องการพักและฟื้นฟู

ระยะที่ 4 : การเยียวยา เป็นระยะที่เกิด **“จุดเปลี่ยน”** ตอนนี้อยอมรับการสูญเสีย มองไปในอนาคตว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร หากมีความคิดเช่นนี้ แสดงว่าเกิดกระบวนการ **การเยียวยา** เริ่มควบคุมชีวิตตนเองได้ หรือเริ่มทำกิจกรรมประจำวันที่เคยทำได้ ทำได้ดีขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และทำได้ใกล้เคียงกับก่อนหน้าที่จะเกิดการสูญเสีย

ระยะที่ 5 : การฟื้นตัว เมื่อบุคคลที่เกิดการสูญเสียเดินทางมาถึงระยะนี้ จะรู้สึกแข็งแรงขึ้น เข้มแข็งขึ้น พร้อมทั้งจะเดินหน้าใช้ชีวิตต่อไป บางคนหาสิ่งทดแทนบุคคลอันเป็นที่รักที่จากไป เช่นการทำงานอาสาสมัคร งานการกุศล พบงานอดิเรกใหม่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เขาหรือเธอไม่อยู่ว่าง ได้ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ และแน่นอน-บ่อยครั้งอาจมีอาการเศร้าเสียใจถึงคนที่จากไปบ้าง นี่เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้น เริ่มมีความคิดว่า **“เราต้องรับผิดชอบชีวิตของเรา”** หมายถึงเราไม่มัวแต่ตกอยู่ในห้วงความเศร้าโศกเสียใจจนทำอะไรไม่ได้ เริ่มมีความคิดว่า **“เราสามารถอยู่โดยไม่มีเขาหรือเธอได้”**

มีความเชื่อที่ไม่จริงเกี่ยวกับการจัดการความเศร้าโศกเสียใจ ซึ่งผู้สูญเสียและญาติมิตรควรรู้ เพื่อจะได้จัดการกับความเศร้าโศกเสียใจได้ถูกต้อง **ความเชื่อที่ไม่จริง** ได้แก่

- **ความรู้สึกเจ็บปวดจากการสูญเสียจะหายไป หากเราไม่สนใจมันหรือลืมมัน**
- **เป็นสิ่งสำคัญมากที่เราต้องเข้มแข็งในสถานการณ์การสูญเสียนี้** มักเป็นความเชื่อของเพศชาย ซึ่งไม่จำเป็น แต่ควรแสดงออกถึงอารมณ์ตามความรู้สึกเพื่อจะได้ไม่เก็บกด การเก็บกดอารมณ์ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย
- **ถ้าเราไม่ร้องไห้ แปลว่าเราไม่ได้เศร้า** ข้อความนี้ตรงข้ามกับข้อความข้างต้น ซึ่งก็ไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะบางคนเศร้าแต่ไม่ร้องไห้ก็ได้ ดังนั้น ประเด็นคือให้เราซื่อสัตย์กับความรู้สึกของตน และแสดงออกในแบบของตน
- **ความเศร้าโศกเสียใจนี้จะเกิดขึ้นและหายไป ใช้เวลาประมาณ 1 ปี** ไม่มีคำตอบตายตัวในเรื่องระยะเวลา เพราะแต่ละบุคคลมีเหตุปัจจัยแตกต่างกัน
- **เมื่อเราจัดการความเศร้าโศกเสียใจได้แล้ว เราจะไม่คิดถึง ไม่นึกถึง คนที่ตายจากไป** ความเชื่อนี้ไม่จริง เพราะ เขาหรือเธอจะยังคงอยู่ในความทรงจำของเราตลอดไป เราจะคิดถึงเขาหรือเธอโดยอาจไม่ต้องร้องไห้ ทุกครั้งที่คิดถึงหรือพูดถึง

ในมุมมองของผู้แวดล้อมผู้สูญเสีย ได้แก่ ญาติมิตรเพื่อนฝูง จะทำอะไรเพื่อเป็นการช่วยเหลือได้บ้าง

- **ฟัง** เป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อให้ผู้สูญเสียได้ระบายความอัดอั้นตันใจหากต้องการ ฟังโดยไม่ต้องคิดเรื่องราวเพื่อตอบโต้ ไม่ต้องคาดหวังว่าเขาจะพูดอะไรต่อไป เพียงนั่งฟังอย่างเงียบๆ แต่ตั้งใจ มีภาษากายที่อ่อนโยน และไม่แปลกที่เราจะสะเทือนใจ และร้องไห้จากการฟังเรื่องราวต่างๆ
- **พูด ควรพูดในสิ่งที่ควรพูด** ได้แก่
“เสียใจด้วยที่.....ของคุณเสียชีวิต”

“ไม่รู้ว่าจะพูดอะไรดี แต่อยากบอกว่าเป็นห่วงและพร้อมช่วยเหลือ ขอเพียงแต่บอก”

ใช้คำถามปลายเปิดเมื่อถามถึงบุคคลที่จากไป เพื่อให้ผู้สูญเสียได้เล่าให้ฟัง แทนที่การใช้คำถามปลายปิดที่ต้องการคำตอบเพียง “ใช่” “ไม่ใช่”

- **ประโยคต่อไปนี้ ไม่ควรพูด ได้แก่**

“รู้นะ...ว่าคุณรู้สึกอย่างไร” ไม่มีใครรู้ความรู้สึกของใครได้ เพราะไม่ได้มีประสบการณ์โดยตรง แต่น่าจะเปลี่ยนเป็นถามผู้สูญเสียว่า “รู้สึกอย่างไร”

“มันเป็นกรรมของเขา” คำพูดนี้อาจถูกตีความว่า มันเป็นเรื่องที่ต้องเกิดขึ้น ดังนั้น ไม่ควรเศร้าโศกเสียใจ

“มันเกิดขึ้นแล้ว เราทำอะไรไม่ได้ เพราะฉะนั้นควรเดินหน้าใช้ชีวิตต่อไป” ควรให้ผู้สูญเสียตระหนักและ ยอมรับความจริงนี้เอง และแต่ละคนต้องการเวลาแตกต่างกัน

ไม่ควรตั้งต้นประโยคสนทนาด้วย “เธอควร....” “เธอต้อง....” ให้เขาหรือเธอพร้อมทำอะไรก็ตามเมื่อเวลามาถึง เมื่อพร้อม

เอกสารอ้างอิง

1. Weir K. Grief and COVID-19: Mourning our bygone lives [Internet]. American psychological Association. 2020 [cited 2020 Apr 3]. Available from: <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19>
2. Cruse Bereavement Care. Coronavirus: dealing with bereavement and grief [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.cruse.org.uk/get-help/coronavirus-dealing-bereavement-and-grief>
3. Lawrie I, Mbe FM. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care Version 2 [Internet]. Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. 2020 [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://apmonline.org/>
4. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลภาวะโศกเศร้าของญาติ. In: เอกภพ ศิริธรรมธนนะ, editor. ล้อมวงสนทนา. 1st ed. กทม.: Peaceful death และ สสส.; 2563. p. 78–85.
5. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2561;1(1):17–30.
6. Grief and Loss [Internet]. Johns Hopkins Medicine. [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/caregiving/grief-and-loss>
7. ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับ – ก้าวพ้นความเศร้าโศกเสียใจ. Available from: <http://karunruk.org/home/index.php/component/content/article/90-brochure/121-brochure-6>

แนวปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วย COVID-19

ในภาวะวิกฤติการณ์โรคระบาด COVID-19 ซึ่งเป็นโรคระบาดร้ายแรงระดับโลก (pandemic) ทางกายแพทย์ต้องเร่งทำการศึกษาวินิจฉัยเพื่อทำความเข้าใจ และค้นหาวิธีรักษา ประคับประคองอาการ และฟื้นฟูโดยเร็วที่สุด ผลกระทบของโรคระบาด COVID-19 ในครั้งนี้มีต่อทุกมิติของสุขภาพทางสังคม ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประชาชนทั่วไปทั้งหมดทุกคนต่างก็ได้รับผลกระทบด้วยกันทั้งสิ้น ข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคนี้มีส่วนสำคัญในการรับรู้ พฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และทีมรักษาพยาบาล และส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลที่จะเกิดตามมาอย่างมาก

แนวทางปฏิบัติในการสื่อสารกับผู้ป่วย COVID-19

แบ่งเป็นระยะต่างๆ ตามบริบทของการดำเนินโรค ได้แก่

1. ระยะก่อนและขณะวินิจฉัย
2. ระยะหลังได้รับการวินิจฉัย
 - ผู้ป่วยทั่วไป อาการไม่หนักมาก
 - ผู้ป่วยอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ต้องอยู่หอผู้ป่วยวิกฤติหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ
 - ผู้ป่วยระยะพักฟื้น
 - ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระยะก่อนและขณะวินิจฉัย

วัตถุประสงค์และประเด็นที่ต้องคำนึง

- ให้การวินิจฉัยที่ชัดเจนถูกต้องแม่นยำ
 - พร้อมทั้งจะสร้างการวางแผนการรักษาต่อไปได้ทันที และให้ความร่วมมือในการรักษา
 - ให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย และผลกระทบต่อคนในครอบครัวและคนรอบข้าง
- วิธีการสื่อสาร

1) **SETTING** ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะมาด้วย acute respiratory infection (ARI clinic) หรือเป็นกลุ่ม patient under investigation (PUI) เพราะมีอาการและประวัติเสี่ยง ซึ่งในช่วงแรกจะยังไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่นอน ในขั้นตอนนี้ เป็นการสร้าง rapport (ความสัมพันธ์) และอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ให้เข้าใจ สถานที่ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ความปลอดภัยของบุคลากรและของผู้ป่วย

2) **INFORMATIVE** ผู้ป่วยและญาติที่พามา จะรู้สึก intimidate กัดดันจากบริบทที่ไม่คุ้นชิน เพราะบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล จะสวมใส่ชุดป้องกันเต็มที่ สถานที่ที่มีการเตรียมเป็นพิเศษ ดังนั้น ควรมีการสื่อสารอธิบายในขั้นตอนนี้ว่าทำไมถึงต้องมีขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ เพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเองและคนอื่น ๆ

- a. ขั้นตอนระวังแพร่เชื้อ อธิบายเหตุผลการใช้หน้ากาก ล้างมือ การใส่ชุดป้องกันของตัวผู้ป่วยเองและของบุคลากรทางการแพทย์
- b. อธิบายขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยแต่ละช่วงให้ชัดเจน ต้องทำอะไรบ้าง และอาจจะรู้สึกอย่างไรบ้างจากเหตุการณ์เหล่านั้น จะต้องเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ อย่างไร ติดต่อกับใครบ้าง

- c. อธิบายความสำคัญของการกักตัวหากมีเหตุความเสี่ยง (PUI) และความสำคัญของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอน

3) **EMPATHY** ผู้ป่วยทุกคนจะมีความกลัว ความกังวล และอาจจะแสดงออกมาในลักษณะความโกรธ ความเศร้าเสียใจ เครียด หรือตกใจ และทำให้มีพฤติกรรมต่างๆ เทคนิคการใช้ Empathy ในการสื่อสารมีความสำคัญมากที่ผู้สื่อสารต้องมี sensitivity และ compassion และสำคัญที่สุดคือ situation awareness ในเรื่องอารมณ์ในตอนนี

- o ระหว่างสื่อสาร ตรวจสอบอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และพร้อมที่จะดูแลตามสมควร (ตามหลัก Empathy คือ NURSE : name the emotion, understanding, respect, support และ explore)
- o ผู้ป่วยบางรายที่กลัว โกรธ หรือ ปฏิเสธความจริง (denial) อาจจะมีพฤติกรรมคือหนีจากโรงพยาบาล ไม่ให้ความร่วมมือ โทษหรือให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ซึ่งอาจจะเกิดจากความกลัวว่าตนเองจะถูกรังเกียจจากครอบครัวและสังคม หรือมีความรู้สึกผิด (guilt) เพราะรู้ตัวว่าละเมิดข้อแนะนำต่างๆ ที่เผยแพร่ออกมาในสังคม
- o ผู้สื่อสารสร้างบรรยากาศความไว้วางใจ ไม่ตำหนิ ไม่กล่าวโทษ ไม่ว่าจะมีความสาเหตุจากอะไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดในตอนนี้คือการวินิจฉัย เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้องแม่นยำ ให้กำลังใจในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และ reassure ผู้ป่วยว่า ไม่ว่าพฤติกรรมติดเชื่อเกิดจากอะไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดคือข้อเท็จจริง
- o อธิบายมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของครอบครัวผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติเพื่อค้นหาหลักการติดต่อ
- o ให้การยอมรับและชื่นชมที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและยินยอมมาตรวจ อธิบายถึง positive impact จากการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อสังคม

ระยะหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น COVID-19

1) ผู้ป่วยทั่วไป อาการไม่หนักมาก

วิธีการสื่อสาร

- o อธิบายว่าโรคนี้ส่วนใหญ่อาการไม่หนักมาก โอกาสหายสูงมาก
- o อธิบายขั้นตอนการรักษาให้ชัดเจน ทำ advance care planning การวางแผนการรักษาล่วงหน้า ควรทำ family meeting ถ้ามีโอกาส เพื่อให้ทั้งหมดเข้าใจตรงกันและสามารถซักถามคำถามได้
- o กลุ่มนี้ควรเน้นมาตรการป้องกันการแพร่กระจายทุกอย่างให้เข้าใจ อธิบายมาตรการ isolation ที่จำเป็นระยะเวลา และมาตรการการดูแลที่เตรียมไว้ให้
- o Empathy ในระหว่างการกักตัว ตรวจสอบอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย เพราะอาจจะมีอาการเครียด เศร้า โกรธ หรือกลัว คอยให้กำลังใจและกำหนดเวลาจำหน่ายจากโรงพยาบาลล่วงหน้าให้ชัดเจน
- o อธิบายให้เข้าใจว่าต้องสังเกตอาการอะไรบ้างที่หมายความว่าดี หรือไม่ดี

2) ผู้ป่วยอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ต้องอยู่หอผู้ป่วยวิกฤติหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ

วิธีการสื่อสาร

- a. ผู้ป่วย COVID-19 บางส่วนจะเริ่มมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เมื่อระบบการหายใจเสียหายมากขึ้น เมื่อใดก็ตามที่มีการเปลี่ยนพยากรณ์โรค ทีมรักษาพยาบาลต้องทำ family meeting และ update goal of care และ

การวางแผนการรักษาล่วงหน้าใหม่ (updated advance care plan) ในบางกรณีควรเตรียมหาผู้มีอำนาจตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (surrogate decision-maker หรือ power of attorney)

- b. การ update goal of care เป็นการทำให้ warning shot สำหรับข่าวร้ายในขั้นต่อไป มีประโยชน์ในการช่วยเตรียมไม่ให้ผู้ป่วยและญาติตกใจเกินไป หรือยอมรับไม่ได้เพราะเคยตั้งความหวังไว้สูง
- c. ยิ่งในบริบทที่อาการทรุดหนักลง การแจ้งข้อมูลให้ทันเหตุการณ์จะมีความสำคัญมาก
- d. อธิบายให้ชัดเจนถึงความพยายามรักษาอย่างเต็มที่ของทีมแพทย์และพยาบาล การขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การพยายามหาวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง หรือหมดหวัง

3) ผู้ป่วยระยะพักฟื้น

วิธีสื่อสาร

- a. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพยากรณ์โรคที่ดีจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้
- b. สิ่งสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการเผื่อระวัง ควรจะต้องอธิบายให้เข้าใจความสำคัญของการดูแลตนเองในช่วงพักฟื้น
- c. ในการกลับสู่สังคม บางครั้งผู้ป่วยโรคระบาดจะถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง หรือมีความกลัว ทำให้ความสัมพันธ์ไม่ดี เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย
- d. ขั้นตอน social distancing หรือ physical distancing ยังคงมีความสำคัญและต้องทำต่อไปอีกระยะหนึ่งจนกว่าสถานการณ์ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลง

4) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วย COVID-19 ส่วนหนึ่งจะเสียชีวิตเพราะอาการหนักมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคเรื้อรังอยู่เดิม หรือเกิดภาวะ cytokine storm จนร่างกายทนไม่ไหว พยากรณ์โรคจะเลวร้ายลงอย่างมาก การสื่อสารในระยะนี้คือการเตรียมการตายดี (preparation for good death)

วัตถุประสงค์

1. Good Death ต้องมี End-of-life care planning
2. การเยียวยาญาติ (grief and bereavement)
3. Public safety procedures for management of body

วิธีสื่อสาร

- a. เมื่อถึงเวลาจำเป็นต้องปรับ Goal of care ไปตามพยากรณ์โรค ทำการวางแผนการรักษาล่วงหน้าใหม่ ในที่นี้ goal of care เป็น good death และแผนใหม่คือ แผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life care planning)
- b. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น การรักษาบางอย่างที่เรากำลังให้ หรือพิจารณาจะให้ ในตอนนี้อาจจะมีโทษมากกว่าประโยชน์ ซึ่งเป็นการนำไปสู่การสนทนาเรื่อง withhold/withdrawal of treatment ตอบคำถามและชี้แจงให้ผู้ป่วยและทราบว่า เราได้พยายามรักษาด้วยทุกวิถีทางที่มีแล้ว

- c. หากพิจารณาใช้ withhold หรือ withdrawal of treatment ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ที่ดี ทางจริยศาสตร์ที่ดี (resource allocation) ต้องสื่อสารให้เข้าใจว่าแพทย์ยังไม่ได้เลิกการรักษา แต่จะเลือกวิธีการรักษาประคับประคอง และดูแลอาการไม่ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานด้วยยา หัตถการทางการแพทย์ต่างๆ เช่น Palliative sedation หรือการถอดถอนเครื่องพยุงชีพอย่างประคับประคอง
- d. ทำ family meeting เพื่อดูแลเรื่อง Grief and bereavement ระมัดระวังในประเด็นความรู้สึกผิด (guilt) หรือการดูแลไม่เต็มที่ และศักดิ์ศรีของ good death ซึ่งอาจจะรวมถึงกระบวนการกล่าวอำลาในวาระสุดท้ายซึ่งต้องมีขั้นตอนความปลอดภัยมาเกี่ยวข้องด้วย
- e. สนทนาเรื่องขั้นตอนการจัดการกับร่างผู้ป่วยหลังเสียชีวิต โดยมี empathy และอธิบายประเด็นเรื่อง Public safety เกี่ยวกับการระมัดระวังการแพร่เชื้อจากร่างผู้ป่วย

สรุป

การสื่อสารกับผู้ป่วย COVID-19 และครอบครัว มีประเด็นจำเพาะที่สำคัญที่ต้องหาสมดุลระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ความปลอดภัยของสังคม กับเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อารมณ์ความรู้สึก สุขภาวะของคน การมีข้อมูลทางการแพทย์ที่ชัดเจนที่สุด ร่วมกับความไวต่อความรู้สึก นำมาบูรณาการเป็นการดูแลเอื้ออาทรกันที่ดีที่สุด แม้สุดท้ายผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิต แต่ก็จากไปด้วยการรับรู้จากทุกฝ่ายว่าเราได้พยายามทำดีที่สุดแล้ว

การใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine/telehealth) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ในสถานการณ์การระบาดของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจจำเป็นต้องให้การประเมินผู้ป่วยและแนะนำวิธีการดูแลแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวผ่านการใช้ระบบแพทย์ทางไกลที่บ้านมากขึ้น ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine/telehealth)¹ คือการนำเทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบต่างๆ หรือข้อมูลที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์มาสนับสนุนการให้บริการทางสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารระหว่างแพทย์ถึงแพทย์ ในลักษณะการปรึกษา การให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การที่พยาบาลในพื้นที่ห่างไกลปรึกษาแพทย์ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน หรือวิธีการอื่นใดที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์คือสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ระบบแพทย์ทางไกลอาจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะตามรูปแบบการส่งข้อมูล คือ การส่งข้อมูลแบบสองทาง (synchronous) เช่น การพูดคุยสื่อสารกันผ่าน video call หรือทางโทรศัพท์ เป็นต้น และ การส่งข้อมูลแบบทางเดียว (asynchronous) เช่น การส่งข้อมูลของผู้ป่วยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิต ชีพจร หรือข้อมูลรูปแบบอื่นๆ มาเก็บไว้เพื่อที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแปลผลภายหลัง ข้อดีของการสื่อสารผ่านการแพทย์ทางไกลในสถานการณ์การระบาดคือ ทำให้เกิดความปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทีมสุขภาพที่ดูแล สามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถได้รับการดูแลต่อเนื่อง และติดต่อทีมสุขภาพได้เมื่อจำเป็นหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ลดการต้องมาห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยี เช่น video call จะช่วยให้สามารถสังเกตสีหน้าหรือท่าทางของผู้ป่วยและตัวของตนเอง ได้ระหว่างที่กำลังสนทนากัน ซึ่งต่างจากการตรวจผู้ป่วยตามปกติ อีกทั้งให้โอกาสผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าต้องการให้แพทย์/ทีมสุขภาพเห็นอะไรในบ้านหรือพื้นที่ส่วนตัวผ่านทางกล้องวิดีโอ ทำให้สามารถควบคุมความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้มากขึ้น

คำแนะนำในการพูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัวผ่านระบบแพทย์ทางไกล²⁻⁴ มีดังต่อไปนี้ ก่อนเริ่มใช้งานระบบ

1. ควรศึกษาและวางแผนเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้
 - ความจำเป็นที่ต้องใช้ระบบแพทย์ทางไกลว่าควรใช้ในกรณีใดหรือในผู้ป่วยกลุ่มไหนบ้าง
 - ความง่ายและความสะดวกของเทคโนโลยีที่ใช้สื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมตามบริบทของพื้นที่ ระบบที่ใช้ควรเป็นเทคโนโลยีที่ทุกฝ่ายสามารถใช้งานได้สะดวกร่วมกัน
 - ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการใช้ระบบ
 - ความปลอดภัยสามารถปกป้องความลับ/ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้กรณีที่ระบบอาจมีการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยไว้ในระบบ เช่น รูปภาพ คลิปวิดีโอ เป็นต้น ไม่แนะนำให้ใช้โปรแกรมที่เป็นที่เปิดเผยสู่สาธารณะ เช่น Facebook Live หรือ public chat room ในระบบแพทย์ทางไกล
2. ต้องมีการขออนุญาต/ความยินยอมของผู้ป่วย/ครอบครัวก่อนการใช้เทคโนโลยีในการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง ทีมต้องมีการระบุเงื่อนไขว่าลักษณะของผู้ป่วยแบบไหนที่เหมาะสมในการใช้ระบบแพทย์ทางไกลและเมื่อไหร่ที่จำเป็นต้องมีทีมเยี่ยมบ้านเข้าไปประเมินผู้ป่วยโดยตรง
3. มีการวางแผนว่าจะใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายประมาณเท่าไร ใครในทีมบ้างที่จำเป็นจะต้องเข้าร่วมในการพูดคุยกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง และมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสมาชิกที่จะร่วมพูดคุยล่วงหน้า

4. โดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องสามารถเข้าถึงเครือข่าย internet และมีอุปกรณ์ที่ใช้สื่อสาร เช่น smartphone, tablet หรือคอมพิวเตอร์ กรณีที่ผู้ป่วย/ครอบครัวมีปัญหาเรื่องการเข้าถึง internet ระหว่างการสนทนาให้ท่านพิจารณาใช้การโทรศัพท์พูดคุยเป็นช่องทางสำรองเสมอ

5. ในการเตรียมตัวของท่านเอง ให้ท่านคิดว่าผู้ป่วยจะเห็นหน้าท่านหรือทีมอย่างไรผ่านหน้าจอ เตรียมจัดวางสิ่งของที่จำเป็นระหว่างการสนทนา เช่น แฟ้มประวัติ ปากกา หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่อาจจำเป็นต้องใช้ในกรณีที่ติดต่อกับผู้ป่วย จัดให้กล้องของอุปกรณ์เห็นภาพท่านเหมือนกับเวลาที่ท่านกำลังคุยกับผู้ป่วยจริง ๆ เช่น ผู้ป่วยมองท่านผ่านทางหน้าจอและอยู่ในระดับสายตาเดียวกัน

6. บริเวณที่ท่านใช้พูดคุยกับผู้ป่วยควรมีความสงบและมีความเป็นส่วนตัวเพียงพอที่จะรักษาความลับผู้ป่วยระหว่างการสนทนา กรณีที่ไม่สามารถหาสถานที่ที่เป็นส่วนตัวได้ ควรระมัดระวังการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยระหว่างการสนทนา เช่น ใช้ไม้ค้ำระหว่างสนทนาและไม่ควรพูดเสียงดังเกินไป หรือไม่เปิดลำโพงแต่ควรใช้หูฟังแทน นอกจากนี้สถานที่ไม่ควรมีความเสียงรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอที่ผู้ป่วยจะมองเห็นท่านระหว่างการสนทนา และไม่มีฉากหลังที่เบี่ยงเบนความสนใจมากเกินไป ควรปิดการแจ้งเตือน (notification) ของ application อื่นๆ ที่อาจรบกวนการสนทนา

7. ข้อเสนอแนะในการเลือกอุปกรณ์คือ ควรใช้ tablet หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถวางไว้บนโต๊ะมากกว่าการใช้ smartphone เนื่องจากหากท่านต้องถืออุปกรณ์ระหว่างการสนทนาอาจจะทำให้ภาพที่ผู้ป่วยเห็นเกิดการสั่นไหว ทำให้คู่สนทนาอาจเกิดอาการเวียนศีรษะได้

8. ก่อนเริ่มใช้ระบบควรมีเจ้าหน้าที่ที่ทราบวิธีการติดตั้งโปรแกรม/อุปกรณ์ติดต่อไปล่วงหน้า 1-2 วันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบวิธีการและทดสอบความพร้อมของการใช้อุปกรณ์สื่อสารกับทีมท่าน

เมื่อเริ่มพูดคุยกับผู้ป่วย

1. เมื่อผู้ป่วยติดต่อมา อาจช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถจัดวางอุปกรณ์ให้เหมาะสมเพื่อให้ท่านเห็นหน้าผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างเหมาะสมเวลาพูดคุย หลังจากเตรียมทุกอย่างแล้ว ให้ท่านไม่ต้องสนใจเรื่องเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์อื่น

2. เมื่อเริ่มสนทนา ต้องสอบถามเพื่อยืนยันตัวตนของผู้ป่วยทุกครั้ง โดยให้ใช้อย่างน้อย 2 วิธีในการระบุตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน หรือวัน/เดือน/ปีเกิด หลังจากนั้นแนะนำว่าอาจทักทายผู้ป่วย/ครอบครัวว่ารู้สึกอย่างไรที่ต้องสื่อสารผ่านระบบแพทย์ทางไกลซึ่งอาจไม่คุ้นเคยมาก่อน หลังจากนั้นให้แนะนำสมาชิกทีมของท่านแต่ละคนในกรณีที่มีทีมของท่านเข้าร่วมรับฟังด้วย และถามผู้ป่วยเพื่อให้แนะนำสมาชิกครอบครัวที่ร่วมรับฟังในการสนทนา

3. พูดคุยซักประวัติข้อมูลที่สำคัญที่จำเป็นเหมือนกับที่ท่านจะถามในกรณีปกติ พยายามมองที่กล้องมากกว่าจะมองอ่านแฟ้มอย่างเดียว กรณีที่มีหลายคนเข้าประชุมพร้อมกันอย่าลืมแนะนำให้คนที่ไม่ได้พูดปิดไมค์ระหว่างการรับฟังการสนทนา

4. ระหว่างสนทนาควรใช้ทักษะการสื่อสารเหมือนที่ท่านกำลังสนทนากับผู้ป่วยตามปกติ เช่น ใช้การสังเกตสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย มีการสะท้อนความ ทนความ และสรุปประเด็นเป็นระยะ กรณีที่อาจจำเป็นต้องพูดคุยเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วย/สมาชิกครอบครัวไม่สบายใจ แนะนำให้ผู้ป่วยหาพื้นที่ส่วนตัวในบ้านที่สามารถพูดคุยเรื่องดังกล่าวได้

5. ลองประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อทดแทนการเยี่ยมบ้านตามปกติให้มากที่สุด เช่น ท่านสามารถให้ผู้ป่วยแสดงรายการยาที่ใช้อยู่ให้ท่านดู หรือทักทายทำความรู้จักกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่านกล้องได้ หรือแม้แต่ให้ผู้ป่วยพาไปชมว่าบริเวณบ้านของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

6. เข้าใจข้อจำกัดบางอย่างของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล เช่น การตรวจร่างกายบางอย่างอาจทำไม่ได้ และหากจำเป็นต้องตรวจร่างกายเพิ่มเติม ควรมีทีมสุขภาพสามารถเข้าไปประเมินผู้ป่วยที่บ้านได้เมื่อจำเป็น

7. การจบการสนทนาแต่ละครั้งอาจจะแตกต่างจากการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามปกติ ที่เราสามารถเดินไปพร้อมกับผู้ป่วยจนถึงประตูบ้านแล้วกล่าวอำลาได้ ดังนั้นแนะนำให้อาจจะมีคำพูดสั้นๆ เพื่อปิดการสนทนา เช่น “หมอคิดว่าเราเหลือเวลาคุยกันประมาณ 10 นาที หมออยากทราบว่า มีประเด็นอะไรบ้างที่คุณอยากคุยเพิ่มเติมกับหมอไหม ก่อนที่หมอจะสรุปว่าเราจะทำอะไรต่อไป” ก่อนจบการสนทนาควรสรุปประเด็นสำคัญและแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวฟัง พร้อมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียนทุกครั้ง อาจพิมพ์สรุปประเด็นสั้นๆ ที่ท่านต้องการแนะนำผู้ป่วย/ครอบครัว ในครั้งนี้ แล้วส่งเป็นข้อความหรือ Email ให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว พร้อมเสนอว่าผู้ป่วย/ครอบครัวอาจให้ความเห็น/ตอบกลับทาง Email เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามดูแลในครั้งต่อไป นอกจากนี้กรณีที่มีการส่งยาอาจต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงระบบในการจัดส่งยาให้ที่บ้านไปพร้อมกันด้วย

8. ควรทบทวนรับฟังความคิดเห็นของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการดูแล เพื่อนำมาปรับปรุงระบบทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. Association AM. Telehealth Implementation Playbook 2020: [125 p.]. Available from: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/ama-telehealth-playbook.pdf>.
2. Lori Bishop TF, Vicki Wildman. Best Practices For Using Telehealth in Palliative Care 2015: [9 p.]. Available from: https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PALLIATIVECARE_Telehealth.pdf.
3. Fratkin M. Telemedicine: Virtual Connection in an Age of Social Distancing March 25, 2020. Available from: <https://www.capc.org/blog/telemedicine-virtual-connection-age-social-distancing/>.
4. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. J Pain Symptom Manage. 2020;31(20):30170-6.

บทบาทของชุมชนในสถานการณ์โรคระบาด

ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 (COVID 19) บทบาทของชุมชนมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะการช่วยสื่อสารให้ความรู้กับคนในชุมชนถึงวิธีป้องกันตนเอง การลดการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงเบื้องต้น ช่วยติดตามและสนับสนุนการแยกตัวหรือกักตัวเอง (self guarantee) 14 วันในกลุ่มที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีรายงานการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดระเบียบชุมชนด้วยมาตรการรักษาระยะห่าง (social distancing) เพื่อลดโอกาสในการรับหรือแพร่กระจายเชื้อ และการช่วยเหลือดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชน อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการระบาดของโควิด 19 จึงอาจกล่าวได้ว่า ชุมชนคือตัวแปรสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนให้สังคมสามารถผ่านพ้นวิกฤตของโรคระบาดนี้ไปได้

ในกรณีผู้ป่วยระยะท้ายเรามักพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ที่อยู่ในชุมชนมักเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคที่รักษาได้ยาก สภาพร่างกายอ่อนแอ และมีภูมิต้านทานต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 และมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มคนทั่วไป บทบาทของชุมชนในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักและให้ความสำคัญ

แนวทางในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในสถานการณ์โรคระบาด

1. กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ยังไม่ได้รับเชื้อ

- ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงสถานการณ์ ความเสี่ยง และแนวทางในการปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมทั้งแนวทางในการใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัวที่มีผู้ป่วยระยะท้าย

- ปรีกษาหรือถึงแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ครอบครัว ผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านโดยได้ไม่ต้องเสี่ยงออกไปรับเชื้อนอกบ้าน เช่น การจัดซื้ออาหาร การรับยาแทนผู้ป่วย การจัดหาสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็น การติดต่อกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ฯลฯ

- การประสานความร่วมมือกับทีมส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ในการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและมีการดูแลจัดการอาการอย่างเหมาะสม โดยมีชุมชนเป็นหน่วยสนับสนุนและเชื่อมโยงการดูแล

- เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร ติดตามอาการ ใ้ถามสารทุกข์สุกดิบของคนในครอบครัว และการให้ความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีผ่านระบบออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์

- สนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ป่วยเปิดอกพูดคุยถึงสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) เช่น หากมีคนในครอบครัวติดเชื้อและมีโอกาสเสียชีวิต แต่ละคนอยากให้มีการดูแลรักษาอย่างไร โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลรักษาอย่างไรบ้างอะไรที่ยากให้ทำหรืออะไรที่ไม่อยากให้ทำเมื่ออาการป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ อะไรคือสิ่งสำคัญที่อยากให้ครอบครัวรับรู้ ความห่วงกังวลต่างๆ รวมถึงการจัดการงานศพในช่วงที่มีโรคระบาด

- กรณีที่มีผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมากกว่า 1 ราย ควรจัดตั้งทีมในชุมชนเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่กันรับผิดชอบดูแล โดยยังคงให้ความสำคัญกับมาตรการรักษาระยะห่าง

2. กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายติดเชื้อโควิด 19 ที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและมีโอกาสเสียชีวิต

- รับฟังความทุกข์ ความวิตกกังวลของญาติและครอบครัวที่ไม่สามารถไปดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาล อันเนื่องมาจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด โดยเน้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และหลีกเลี่ยง การตัดสินใจหรือการให้คำแนะนำสั่งสอน

- สนับสนุนให้ญาติและครอบครัวมีการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม มีกิจกรรมที่สามารถผ่อนคลายตนเองที่บ้าน เช่น นัดเวลากันนั่งสมาธิส่งกำลังใจให้ผู้ป่วย การสวดมนต์อย่างสม่ำเสมอเช้า-เย็น ทำการ์ดหรือเขียนข้อความถึงผู้ป่วย จัดทำวิดีโออย่างง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเป็นไปของคนที่บ้าน และแสดงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อกัน (โดยอาจขอให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลช่วยเปิดให้ผู้ป่วยดูหากยังสามารถรับรู้ได้)

- เพิ่มช่องทางในการให้กำลังใจที่เป็นรูปธรรมแทนการไถ่ถามอาการซ้ำๆ จากคนในชุมชน เช่น แหวนตระกร้าไว้หน้าบ้านเพื่อรับกำลังใจและน้ำใจจากคนในชุมชน โดยอาจมอบดอกไม้ ผลไม้ การ์ด จดหมาย ของใช้ที่จำเป็น เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้เผชิญปัญหาโดยลำพัง

- ทำความเข้าใจกับคนในชุมชนกรณีผู้ป่วยระยะท้ายรักษาหายจากโควิด 19 และสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านได้ตามปกติเพื่อเตรียมชุมชนและลดการตีตรา

- สนับสนุนให้ญาติและครอบครัวเผื่อใจล่วงหน้าและสื่อสารกับทีมสุขภาพในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติและไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านได้ มีอะไรที่ครอบครัวอยากให้ทีมสุขภาพช่วยดูแลหรือจัดการแทนเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะจากไปอย่างสงบ

3. กรณีผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล

ในช่วงที่มีโรคระบาดการจัดงานศพที่บ้านหรือที่วัดอาจมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามความประสงค์ได้ ขณะเดียวกันการจัดงานศพตามประเพณีถือว่ามีส่วนสำคัญในการช่วยเยียวยาครอบครัวของผู้สูญเสีย ดังนั้น ชุมชนอาจช่วยให้ครอบครัวผู้สูญเสียข้ามผ่านช่วงเวลานี้ไปได้โดย

- สนับสนุนให้ครอบครัวผู้สูญเสียได้จัดงานศพตามประเพณีโดยช่วยออกแบบงานศพที่มีการเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสม เช่น การจัดที่นั่งที่เว้นระยะอย่างน้อย 1 เมตร อนุญาตให้คนในชุมชนมาเคารพศพได้ตลอดวันเพื่อลดความหนาแน่นในช่วงใดช่วงหนึ่ง เลี่ยงอาหารหรือขนมที่ผู้ร่วมงานสามารถนำไปอุ่นร้อนหรือรับประทานที่บ้านได้หรืองดเลี้ยงอาหาร ออกแบบงานให้กระชับและใช้เวลาไม่นานเกินไป ผู้ร่วมงานจะต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกคน และมีเจลแอลกอฮอล์บริการตามจุดต่างๆ งดพูดคุยกันหรือพูดคุยกันเท่าที่จำเป็นในขณะร่วมงาน หรือถ่ายทอดสดผ่านสตรีมมิ่งสำหรับผู้ที่ไม่สามารถร่วมงานได้ เป็นต้น

- แจ้งให้คนในชุมชนทราบถึงแนวปฏิบัติในการร่วมพิธีศพเพื่อความปลอดภัยของทุกคน หรือเสนอทางเลือกอื่นๆ ในการแสดงความเสียใจต่อครอบครัวของผู้สูญเสีย เช่น ฝากของพร้อมข้อความแสดงความอาลัยถึงคนที่จากไป ติดตั้งกระดานในชุมชนที่สมาชิกในชุมชนสามารถมาร่วมแสดงเสียใจได้ จัดทำสมุดแสดงความระลึกถึงผู้วายชนม์แบบออนไลน์เพื่อให้คนที่รู้จักเข้าไปเขียนชื่นชม บอกเล่าความรู้สึกดีๆ หรือความประทับใจที่ต่อผู้จากไป ชักชวนสมาชิกในชุมชนสวดมนต์ทำวัตรเย็นและสวดอภิธรรมที่บ้านไปพร้อมกัน เป็นต้น

- โทรศัพท์ไถ่ถามสารทุกข์สุกดิบครอบครัวผู้สูญเสียเป็นระยะ และให้ความมั่นใจว่าเขาจะผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ และคนในชุมชนพร้อมจะสนับสนุนช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้ และบอกเขาว่าการร้องไห้เพื่อแสดงความเศร้าโศกเสียใจเป็นเรื่องปกติที่เขาสามารถทำได้

- ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูญเสียมีคนที่อยู่ด้วยหรือมีคนที่สามารถระบายความรู้สึกในวันที่รู้สึกท้อแท้หรือไม่ไหว อาจเป็นเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง หรือเพื่อนฝูงที่ผู้สูญเสียไว้วางใจ
- ชักชวนให้ครอบครัวผู้สูญเสียแสดงความอาลัยผ่านงานศิลปะ เช่น จัดนิทรรศการไว้ที่ใต้ถุนบ้านเพื่อระลึกถึงผู้จากไป เขียนจดหมายระลึกถึงผู้จากไป หนังสือทำมือเพื่อเป็นอนุสรณ์งานศพ จัดทำวิดีโอด้วยมือถือบอกเล่าเรื่องราวผู้ตาย เป็นต้น
- กรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ควรระมัดระวังในการพูดถึงครอบครัวผู้สูญเสียที่เป็นการตีตราหรือทำให้เกิดการกีดกันจากคนในชุมชนด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นการซ้ำเติมความทุกข์ให้กับครอบครัวผู้สูญเสีย

โควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สังคมต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ และไม่รู้ว่าจะกินเวลายาวนานแค่ไหน การเตรียมชุมชนให้มีความพร้อมในการบริหารจัดการและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย หรือกลุ่มคนเปราะบางในชุมชนให้สามารถรับมือกับวิกฤตนี้ได้ควรเป็นสิ่งที่คุณในชุมชนจะต้องร่วมกันคิด ออกแบบ และวางแผนรับมืออย่างเป็นระบบ

แนวทางในการเตรียมชุมชนเพื่อรับมือกับโรคระบาด

- ค้นหาคนที่มีความสามารถหลากหลายเพื่อร่วมกันดูแลชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคระบาด เช่น คนที่มีทักษะในการสื่อสาร คนที่เข้าถึงเทคโนโลยี คนที่ใช้เครือข่ายออนไลน์อยู่เป็นประจำ คนที่สามารถรับฟังคนอื่นได้ดี มีทักษะในการประสานงาน คนที่มีเครือข่ายกว้างขวาง โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ ฯลฯ โดยชักชวนให้มาร่วมทีมเพื่อนำชุมชนฝ่าวิกฤตไปด้วยกัน
- พัฒนาช่องทางการสื่อสารสำหรับคนในชุมชนด้วยกัน เช่น กลุ่มไลน์ กลุ่มปิดในแมสเซนเจอร์ ฯลฯ ที่คนในชุมชนส่วนใหญ่เข้าถึงและรับรู้ข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง ซึ่งควรเป็นช่องทางที่เอาไว้ติดต่อเรื่องสำคัญๆ ในสถานการณ์โรคระบาดเท่านั้น
- ค้นหาแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถนำมาสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ได้รับผลกระทบจากโรคระบาด เช่น ร้านค้าในชุมชน วัด เจ้าของธุรกิจ เทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คนที่มีฐานะดีในชุมชนเจ้าของสวนผลไม้ กองทุนหรือระบบสวัสดิการต่างๆ ฯลฯ เพื่อระดมทรัพยากรให้มีเพียงพอช่วยเหลือคนที่เดือดร้อนหรือได้รับผลกระทบ
- มีช่องทางในการติดต่อประสานงานตรงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อความสะดวก รวดเร็ว เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา
- ออกแบบการทำงานร่วมกันในทีมและการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่เพื่อลดข้อขัดแย้ง ความเข้าใจผิด และการทำงานซ้ำซ้อน
- เตรียมแผนรับมือเมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อและแนวปฏิบัติในการเยียวยาผู้สูญเสียและผู้ได้รับผลกระทบจากความสูญเสีย โดยทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายและสื่อสารให้บุคคลที่เกี่ยวข้องรับรู้และมีความเข้าใจตรงกัน
- สร้างขวัญและกำลังใจให้กับสมาชิกในชุมชน ส่งเสริมค่านิยมในการเอื้อเฟื้อเกื้อกูล และดูแลกันในยามวิกฤตท่ามกลางวิกฤตเราได้เห็นชุมชนหลายแห่งปรับตัว เรียนรู้ และสร้างสรรค์กระบวนการทำงานใหม่ๆ ซึ่งช่วยปรับมุมมอง ความสัมพันธ์และการเห็นคุณค่าของกันและกันมากขึ้น เชื่อว่าหากชุมชนใช้โอกาสนี้ในการหลอมรวมศักยภาพ พื้นฟูความสัมพันธ์ และร่วมกันแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน เราจะมีสังคมที่ปลอดภัย เกื้อกูล และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอย่างแน่นอน



สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ชั้น 18 อาคารสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชมราชชนนีอนุสรณ์ (สว 1)

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-366655 โทรสาร 043-366657 มือถือ 094-0184301

Email : thapsocie@gmail.com

www.thaps.or.th