

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย / ญาติแบบประทับประคอง

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล..... HN..... Dx.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / หน้าคำตอบ และกรอกข้อความลงในช่องว่างตามที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด

๑. ชาย หญิง
๒. ปัจจุบันอายุ.....ปี
๓. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย แยก อื่นระบุ
๔. ทำนจบการศึกษาสูงสุด
 ชั้นประถมหรือต่ำกว่า ชั้นมัธยมหรืออนุปริญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า อื่นๆ ระบุ
๕. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ
 รับราชการ รับจ้าง เกษตรกร นักเรียนหรือนักศึกษา
๖. ระดับผู้ป่วยตามแบบประเมินPPSV๒ (Palliative Performance Scale version๒)
 (กลุ่มเป้าหมาย ๑๐- ๗๐%)
 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70%
๗. ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในขณะนี้ (ระบุ).....

๘. ผลการประเมิน2Q(2ข้อความคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า)
 ไม่มี มี1ข้อ มี2ข้อ

๙. ได้รับการดูแลแพทย์ทางเลือกหรือไม่
 ไม่ได้รับ พลังกายทิพย์ แพทย์แผนไทย

**ผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการประเมิน2Qมีข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง2ข้อ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ให้
 ประสานส่งต่องานจิตเวช**

สรุปผลการประเมินข้างล่างนี้โดยจิตเวช

๑๐. ผลการประเมิน 9Q
๑๑. การประเมินคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1.ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2.ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

ผลการประเมินคุณภาพชีวิต.....

 การให้การช่วยเหลือ.....

การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Performance scale version 2) (PPSv2)

ระดับ PS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเองการรับประทาน	อาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก /งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
50%	นั่ง / นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
30%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้เลยมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
20%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้เลยมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอดเวลาอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้เลยมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้ (บ้วนปากได้เท่านั้น)	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
0%	เสียชีวิต				

หมายเหตุ +/- หมายถึงอาจมี หรือ ไม่มีอาการ

ESAS(Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมเครื่องหมายที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ.ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการร่วงซึม สดุ้งสะดุ้ง อาการร่วงซึม สดุ้งสะดุ้งมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายทั้งกายและใจเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ

ได้แก่ _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ผู้ทำการประเมิน

วันที่.....เวลา.....

- ผู้ป่วย
- ผู้ดูแล
- อื่นๆ.....

แบบรวบรวมข้อมูลวางแผนจำหน่าย

ชื่อผู้ป่วย.....โรค.....

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ	ไม่ได้	N/Aไม่ใช่กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในผู้ป่วยรายนี้
1	มีกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองครอบคลุมองค์รวม รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลทั้งความรู้ ทักษะให้สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง			
2	เตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย			
3	ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพตามความเหมาะสมตามสภาพปัญหา			
4	ประสานส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง			
5	ผู้ป่วยไม่ Re admitted โดยไม่ได้วางแผนจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ภายใน 28 วัน	ไม่ Re admitted	Re- admitted	
	รวม			

สูตรการคำนวณ

ร้อยละประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย

$\frac{\text{จำนวนกิจกรรมวางแผนจำหน่ายที่ปฏิบัติได้ในผู้ป่วยแต่ละราย} \times 100}{\text{จำนวนกิจกรรมวางแผนจำหน่ายที่กำหนดทั้งหมดในผู้ป่วยรายนั้น}}$

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....วันที่.....
 ที่อยู่.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

คำถาม	เรื่อง	มี	ไม่มี
1	ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่ หรือท้อแท้สิ้นหวัง		
2	ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน		

การแปลผลหรือดำเนินการต่อไป

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง2คำถาม ถือว่าปกติ ไม่มีโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ (มีอาการใดๆในคำถามที่1และ2)หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยง

หรือมีแนวโน้มที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ทำแบบประเมิน แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ดังนี้

ข้อ	ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านมีอาการ เหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	มีไม่เลย	เป็นบางวัน	เป็นบ่อยๆ	เป็นทุกวัน
			(1-7 วัน)	(>7วัน)	
		0	1	2	3
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

หมายเหตุ ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ2สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้

คะแนนรวม	การแปลผล
7-12 คะแนน	เป็นโรคซึมเศรียรระดับน้อย
13-18 คะแนน	เป็นโรคซึมเศรียรระดับปานกลาง
>9 คะแนน	เป็นโรคซึมเศรียรระดับรุนแรง

สรุปคะแนน.....

แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง / ผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

หอผู้ป่วยใน.....โรงพยาบาลสามร้อยยอด

ใส่เครื่องหมาย / ในหัวข้อให้พยาบาลเป็นผู้ประเมิน

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....AN.....ที่Admitted/จำหน่าย.....

เนื้อหา	การประเมิน		ผลการประเมิน
	ปฏิบัติ /วันที่	รายละเอียด	
<p>ด้านร่างกาย</p> <p>ผู้ป่วย 1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลความสบายเช่น การพลิกตัว/ การประเมินปวด / การดูแลอาการปวด / ความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ</p> <p>ญาติ 3. ได้รับการสอน / อธิบายอาการ/ การรักษา / การดำเนินของโรค</p> <p>4. ได้รับการสอนการดูแลผู้ป่วย การเช็ดตัว / พลิกตะแคงตัว /อื่นๆ</p>			
<p>ด้านจิตใจ</p> <p>ผู้ป่วย 5. ได้รับการสอบถามถึงอาการความไม่สบายต่างๆ</p> <p>6. ได้รับการเคารพสิทธิส่วนบุคคล เช่น อธิบายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ไม่เปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่น</p> <p>7. คอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย / ผู้ป่วยที่รู้สึกดีได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า</p> <p>8. ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ</p> <p>ญาติ 9. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องสถานที่ในการสงบจิตใจ</p> <p>10. ได้รับข้อมูลการวางแผนการรักษา/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา</p> <p>11. ได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>12. คอยให้กำลังใจญาติ /ญาติได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า/ ญาติที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลจากทีมจิตวิทยา</p>			
<p>ด้านสังคม / เศรษฐกิจอย่างใกล้ชิด</p> <p>ผู้ป่วย 13. ได้อยู่กับญาติอย่างใกล้ชิดและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม</p> <p>ญาติ 14. ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด</p> <p>15. ได้รับความสะดวกในการติดต่อประสานงานเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล</p>			
<p>ด้านจิตวิญญาณ</p> <p>ผู้ป่วย/ญาติ</p> <p>16.ได้รับการเสนอทางเลือกด้านศาสนา/ความเชื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำสังฆทานเสนอทางเลือกด้านศาสนา/ความเชื่อ - ฟังเทศธรรมะ/อ่านหนังสือธรรมะ ฯลฯ - การเตรียมดอกไม้/การเตรียมเสื้อผ้า ฯลฯ - อื่นๆ..... 			

ผู้ป่วยญาติในแต่ละด้านได้รับการดูแลและประเมินอย่างน้อย1ข้อและข้อใดที่ไม่สามารถทำได้ให้เขียนเหตุผลอธิบายจึงจะผ่าน

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

หอผู้ป่วย.....โรงพยาบาลสามร้อยยอด วันที่.....

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มารดา บิดา ภรรยา บุตร อื่นๆ
4. อาชีพ รับราชการ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม/ประมง รับจ้าง

ความคิดเห็นที่มีต่อการบริการ

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ(คะแนน)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5คะแนน)	(4คะแนน)	(3คะแนน)	(2คะแนน)	(1คะแนน)
1.ความเหมาะสมของสถานที่ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการพยาบาล					
2.เจ้าหน้าที่ใช้คำพูดในการให้ข้อมูลด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน					
3.ผู้ป่วยได้รับดูแลด้านร่างกายอย่างเหมาะสม					
4.สื่อ สิ่งพิมพ์แนะนำการรักษาพยาบาลและความรู้ต่างๆ					
5.ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นระยะๆพร้อมแผนการรักษาพยาบาล					
6.ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย					
7.ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณีความเชื่อและ					
8.ความพึงพอใจของท่านต่อการบริการพยาบาลได้ในภาพรวมตั้งแต่ข้อ9-12ประเมินผู้ป่วยครั้งสุดท้าย					
9.เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ท่านและครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อนเสียชีวิต					
10.เจ้าหน้าที่ให้เกียรติแสดงความเคารพและดูแลผู้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี					
11.การดูแลความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วยหลังเสียชีวิต					
12.ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับศพการรับใบแจ้งตาย/ใบมรณะบัตร					