

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน*

THE RESULTS OF THE DEVELOPMENT OF CARING MODEL FOR END OF LIFE PATIENTS IN THE COMMUNITY

วรัญญา จิตรบรรทัด

Waranya Jitbantad

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromrajonnani College of Nursing Nakhon Si Thammarat Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Thailand

มิ่งขวัญ เกตุกำพล

Mingkhuan Katekumpon

โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, Thailand

E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้าย ให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 ถึง สิงหาคม 2564 มีค่าคะแนนตามแบบประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก ตั้งแต่ร้อยละ 50 ลงมา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย 1) วิธีการประเมินผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล 3) การฝึกทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย 4) การให้การดูแลตามสภาพโรค 5) การประสานงาน และ 6) การประเมินผล 2) การดำเนินการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง และ 3) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง มีการวัดผลก่อนและหลังดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair T test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จาก 7.74 (SD. 2.92) เป็น 15.49 (SD. 0.71) ผลลัพธ์การดูแลแบบ

* Received May 4, 2022; Revised September 30, 2022; Accepted December 6, 2022



ประคับประคองในผู้ป่วยลดลงจาก 23.69 (SD. 4.09) เป็น 5.74 (SD. 1.67) ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value <0.000) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับมากที่สุดที่ 46.72 (SD. 1.85) และความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงในทุกอาการตั้งนั้นสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนทำให้การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแล, ผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน, ผู้ดูแล, การพยาบาลในชุมชน

Abstract

End-stage patients need continued palliative care, especially in communities where the care model is unclear. Which this research aims to develop and study the effect of the community care model for End of Life patients. The samples were caregivers and patients who were treated at Maharaj Hospital Nakhon Si Thammarat who have been diagnosed by a doctor in the late stage to provide palliative care and relatives or doctors to return to care at home during July 2020 to August 2021, with a score of 50 percent or less according to the Suan Dok Palliative Care Patient Assessment Scale. This study is an action research was divided into 3 phases: 1) Preparing the caregivers at home, consisting of 1) patient assessment methods 2) knowledge about disease and care and 3) training on skills in managing non - symptoms, 4) condition - based care, 5) coordination, and 6) evaluation, 2) Conducting four home visits every 2 weeks, and 3) Evaluation by palliative care outcome scale in patients and care givers. The data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation. and data analysis before and after with Pair T test statistics. The palliative model was assessed before and after care. The results showed that; A sample of 35 people received care according to the end-stage care model. It was found that the mean of patient care knowledge increased from 7.74 (SD. 2.92) to 15.49 (SD. 0.71). Palliative care outcomes Patients decreased from 23.69 (SD. 4.09) to 5.74 (SD. 1.67), which was a statistically significant improvement (P-Value < 0.000). Patient and relative satisfaction was at the highest level at 46.72. (SD. 1.85) and suffering with reduced symptoms in all symptoms. Therefore, it was concluded that the development of pediatric care models in the community resulted in better palliative care.

Keyword: The Caring Model, End of Life Patients, Caregiver, Community Nursing

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย หรือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินาทีแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย (จอณพจ พึงจาด, 2557) และ(ชุติกัญจน์ หุทัย และคณะ, 2559)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงทั้ง โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยโดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (ปิยวรรณ โภคพลกร, 2560) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การดูแลประคับประคอง รักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยที่มีอาการทรมาน ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ซึ่งทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการรักษา ช่วงผู้ป่วยมีชีวิต ได้ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ยังห่วงกังวล ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) มากที่สุด พร้อมกับ เตรียมครอบครัว ให้พร้อมสำหรับการใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ สามารถปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน และในปี 2558 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยบริการเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง (ชุติกัญจน์ หุทัย และคณะ, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อตอบสนอง แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วถึง และกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางพัฒนาระบบบริการ สุขภาพของ Service Plan ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือที่องค์กรพยาบาลของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใช้ในการพัฒนากลไกการดำเนินงาน ทั้งนี้มีสาขาการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการพยาบาล: Service Plan สาขา Palliative care เป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลให้



เกิดคุณภาพชีวิต ที่ดี ตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินอาการ คัดกรอง ให้การพยาบาลดูแลในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยมีเป้าหมายทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยแบบ ประคับประคองได้รับการพยาบาลที่ปลอดภัย ประเด็นการพยาบาลที่สำคัญ 1) การประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือการประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้ เครื่องมือประเมิน ได้แก่ การประเมิน PPSการประเมินอาการรบกวน และการประเมิน Pain Score2) การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การพยาบาลเฉพาะทางประคับประคอง การให้ความรู้ให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว การทำ Family Meeting ระหว่างครอบครัวผู้ป่วย การค้นหาหาผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วย(Key man)การค้นหาผู้ดูแลหลักผู้ดูแลรอง (Care Giver)และการประสานทีมสหวิชาชีพและทุกภาคที่เกี่ยวข้องทำ พินัยกรรมชีวิต (Living will)การวางแผนจัดการสิ่งที่ค้างคาในภาวะที่ยังคงรู้สึกตัวดี (Unfinished Bussiness) 3) การพยาบาลการจัดการอาการรบกวนและจัดการความปวด สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การพยาบาลการจัดการอาการรบกวน และจัดการความปวด ด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย และ 4) การพยาบาลให้ได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้าน(ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553); (ธีรพร สิริอังกูร และคณะ, 2561)

โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานได้อย่างมีคุณภาพชีวิต ในปีพ.ศ. 2556 ทางโรงพยาบาลได้จัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง และให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติงานเต็มเวลา เป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในด้านต่างๆโดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจาก แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ และต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่งขอคำปรึกษามายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่ออาการคงที่แพทย์ให้กลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน โรงพยาบาลได้จัดทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จากการดำเนินที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนยังไม่ชัดเจน ในส่วนผู้ป่วยและญาติยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่

ถูกต้องเนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาล มีภาวะเครียด อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลง ไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้(นุชจรินทร์ ไชยสัจ, 2561) ดังนั้นการเยี่ยมบ้านโดยบทบาทพยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดย การประเมินผู้ป่วย ทบทวนซ้ำให้ความรู้ฝึกทักษะ และประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเอง สงบคุ้นเคยพร้อมกับการประสานงาน กับสหวิชาชีพ และทุกภาคที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนให้ชัดเจน และศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลในชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ ในรายผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ (Practical action research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 ถึง สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีค่าคะแนนตามแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale : (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35คน

การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพ และเตรียมความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับวิธีการประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล การฝึกทักษะ



การจัดการอาการไม่สุขสบายการให้การดูแลตามสภาพโรค การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผล

ระยะที่ 2 การดำเนินการเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อประเมินและติดตามอาการโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศอายุ ศาสนา การศึกษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการร่วมวางแผนตัดสินใจดูแลผู้ป่วย ความพอเพียงของรายได้ สิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้ายซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยการสอบถาม ผู้ดูแลหลักที่บ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามถูก ผิด จำนวน 16 ข้อ ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองการแปลผล ดังนี้ค่าคะแนน 0 - 5 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย ค่าคะแนน 6 - 10 คะแนน ระดับปานกลาง และค่าคะแนน 11 - 16คะแนน มีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale for Suandok) แปลโดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีการประเมินและให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 กลุ่มตัวอย่างใช้ค่าคะแนนที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ดังนี้

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทากิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
50	นั่ง หรือ นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr) ฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลรามธิบดีเป็นการให้ค่าคะแนนตั้งแต่ มีระดับคะแนน 0 (ไม่มีอาการนั้นเลย) ถึง 10 (รู้สึกว่าการนั้นมี ความรุนแรงที่สุด) ของอาการดังนี้ 1) ความเจ็บปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) อาการซึมเศร้า 5) ความวิตกกังวล 6) อาการง่วงซึม สะลึมสะลือ 7) อาการเบื่ออาหาร 8) ความรู้สึกสบายดีทั้งกายและใจ 9) อาการเหนื่อยหอบ เปรียบเทียบค่าคะแนน ก่อนและหลังการดูแล

ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองซึมเศร้า(2Q9Q) โดยสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าวันนี้ว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ถ้าผลการคัดกรองด้วย 2Q ตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้าแต่ถ้าตอบว่ามี เพียง 1 ข้อ ถือว่ามีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วย 9Q ถ้าคะแนนรวมการแปลผล < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

ระยะที่3 การประเมินผลเป็นการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 6 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale) ใช้ฉบับสอบถามผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อเป็นแบบประเมินที่ได้รับใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้แปลฉบับภาษาไทย ถ้าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 ค่าคะแนนรวมที่สูง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ค่าคะแนนที่ต่ำ หมายถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการดี

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบไปด้วยคำถาม 10 ข้อ ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดย 1คะแนน หมายถึง มีประเมินความพึงพอใจน้อยมาก 2 คะแนน มีความพึงพอใจน้อย 3คะแนน มีความพึงพอใจปานกลาง 4คะแนน มีความพึงพอใจมาก และ 5 คะแนน มีความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน การพัฒนาสังคม และสาขารณสุขศาสตร์ ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของคำถามว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในด้านภาษาและความชัดเจน และการหาค่าความเชื่อมั่น (Item-Objective Congruence Index : IOC) มีค่าตั้งแต่ 0 - 1 โดยใช้ข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 และ



ปรับเปลี่ยนสอบถามแล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนในเขตอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ราย คำนวนหาค่า KR20 ของแบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีค่าเท่ากับ .894 และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale for Suandok) เท่ากับ .882 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr) เท่ากับ .874 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative outcome scale) เท่ากับ .815 แบบประเมิน 2Q 9Q เท่ากับ .889 และแบบประเมินความพึงพอใจ ฉบับกองการพยาบาล เท่ากับ .938

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ (Practical action research) ดังนี้

1. ค้นหากลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามในชุมชน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค และได้กลับมาอยู่ที่บ้าน จากเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

2. ประสาน รพ.สต. ที่กลุ่มตัวอย่างสังกัด เพื่อเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ประเมิน Palliative Performance Scale : PPS) ถ้า PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50 ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง

3. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักที่บ้าน

3.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล สอนและให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน ในการประเมินอาการผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ฝึกทักษะการจัดการอาการไม่สบาย ฝึกทักษะการดูแลตามสภาพโรคและสภาพของผู้ป่วยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และรพ.รวมทั้งการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

3.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) และประเมิน 2Q 9 Q

4. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์) เพื่อสังเกตและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล และสะท้อนผลการดูแล

4.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล สัมภาษณ์และสังเกตทักษะการจัดการอาการไม่สบาย ทักษะการดูแลตามสภาพโรคและ

สภาพของผู้ป่วยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และรพ.การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล

4.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr)และ ประเมิน 2Q 9 Q

5. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (ห่างจากครั้งที่ 22 สัปดาห์) เพื่อสังเกตและประเมินการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล และสะท้อนผลการดูแล

5.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล สัมภาษณ์และสังเกตทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย ทักษะการดูแลตามสภาพโรคและ สภาพของผู้ป่วยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และรพ.การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล

5.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr)และ ประเมิน 2Q 9Q

6. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 (ห่างจากครั้งที่ 32 สัปดาห์) เพื่อสังเกตและประเมินการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล สะท้อนผลการดูแล และประเมินผลรูปแบบการ ดูแล

6.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล สัมภาษณ์และสังเกตทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย ทักษะการดูแลตามสภาพโรคและ สภาพของผู้ป่วยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และรพ.การประเมินผลการดูแล ผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล ประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และ ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล

6.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือ ตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PCOS) แบบประเมินความ ทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr)และประเมิน 2Q 9 Q

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair T test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้รับการ พิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 51/2563 ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับการ



อธิบายถึงขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจะเป็นความลับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำมาวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการวิจัยและ/หรือทางวิชาการ ในลักษณะของภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูลข่าวสารของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรายบุคคล ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของบุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะเก็บข้อมูลในตู้เอกสารโดยผู้วิจัยปิดล็อกและเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัยเอง และมีการทำลายเมื่อรายงานผลการศึกษาไปแล้ว 1 ปี

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 65 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.1 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 42.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.6 ผู้ดูแลหลักเป็นพ่อแม่/บุตร/หลาน ร้อยละ 85.7 รายได้เฉลี่ย 13,370 บาท มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 94.3 ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 88.6 50 เป็นโรคประจำตัวในโรคระบบต่าง และอยู่ในช่วงกลูกลามไประบบอื่นร้อยละ 74.3 โรคอื่นๆร้อยละ 17.1 ได้แก่โรคไตวายระยะสุดท้าย(ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย(COPD) และโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 8.6และทราบว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายมา 2 เดือน ร้อยละ 48.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	45.7
หญิง	19	54.3
อายุ ตั้งแต่ 19 ปี ถึง 90 ปี อายุเฉลี่ย 65 ปี		
ศาสนา		
พุทธ		
อิสลาม		
สถานภาพ		
โสด	6	17.1
คู่	14	40.0
หม้าย/หย่า/แยก	15	42.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	6	17.1
ประถมศึกษา	24	68.6
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	5	14.3
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	5	14.3
พ่อแม่/บุตร/หลาน	30	85.7

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
< 10,000	19	54.28
10,001-20,000	14	40.00
> 20,000	2	5.72
ความเพียงพอของรายได้		
พอดี	33	94.3
เป็นหนี้	2	5.7
สิทธิ์การรักษา		
ประกันสุขภาพแห่งชาติ	31	88.6
ข้าราชการ	4	11.4
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย		
มะเร็ง	26	74.3
โรคเรื้อรังอื่นๆ	6	17.1
สูงอายุ	3	8.6
ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยระยะท้าย		
1 เดือน	6	17.1
2 เดือน	17	48.6
3 เดือน	8	22.9
4 เดือน	2	5.7
5 เดือน	1	2.9
6 เดือน	1	2.9

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแลหลักที่บ้านจากการสอบถามจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่1และครั้งที่4 พบว่า ครั้งที่1 ความรู้ของผู้ดูแลหลักอยู่ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่1และ2เท่ากับ 7.44 และ 15.49 ตามลำดับซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.000$)ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ (N=35)

ระดับความรู้	ครั้งที่1		ครั้งที่2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	12	34.3	0	0
ปานกลาง	20	57.2	0	0
มาก	3	8.5	35	100
	Mean 7.74SD. 2.92		Mean 15.49SD. 0.70	
	P value 0.00		P value 0.00	

จากการลงเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS)



ในการประเมิน 4 ครั้งพบค่าเฉลี่ย 42.8635.1428.00 และ 20.85 ตามลำดับคะแนนซึ่งคะแนนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.000$)ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน PPS ในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง (N=35)

เยี่ยมครั้งที่	ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย(PPS)									
	10		20		30		40		50	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	0	0	0	0	9	25.7	7	20.0	19	54.3
			Mean	42.86	SD.	8.59	P value 0.00			
2	0	0	2	5.7	15	42.9	16	45.7	2	5.7
			Mean	35.14	SD.	7.01	P value 0.00			
3	3	8.6	8	22.9	17	48.6	7	20.0	0	0
			Mean	28.00	SD.	8.67	P value 0.00			
4	11	31.4	11	31.4	12	34.3	1	2.9	0	0
			Mean	20.85	SD.	8.87	P value 0.00			

อาการที่กลุ่มตัวอย่างให้ค่าคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) คือ ปวด หายใจเหนื่อยอ่อนเพลียและคลื่นไส้อาเจียน ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อได้รับการดูแลและคำแนะนำในการจัดการอาการพบว่า อาการทางกายที่พบมีค่าเฉลี่ยน้อยลงแสดงว่าความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.000$)ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการทางกายในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง (N=35)

ESASr	เยี่ยมครั้งที่1			เยี่ยมครั้งที่2			เยี่ยมครั้งที่3			เยี่ยมครั้งที่4		
	Mean	SD.	P value	Mean	SD.	P value	Mean	SD.	P value	Mean	SD.	P value
ปวด	7.34	.93	0.00	6.31	1.27	0.00	5.37	0.84	0.00	3.26	0.78	0.00
หายใจเหนื่อย	7.71	1.48	0.00	6.48	1.24	0.00	4.71	1.29	0.00	2.94	1.21	0.00
อ่อนเพลีย	6.91	0.95	0.00	5.6	1.28	0.00	4.97	1.15	0.00	3.17	0.92	0.00
คลื่นไส้อาเจียน	6.26	1.33	0.00	5.54	1.09	0.00	4.62	1.23	0.00	2.97	0.89	0.00

กลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า2Q จำนวน 33 คนและต้องประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า9Q จำนวน 2 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive)

ก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย PCOS เท่ากับ 23.68 (SD. 4.08) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองและติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

จำนวน 4 ครั้งผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย PCOS ลดลงเป็น 5.74 (SD. 1.67) คะแนน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลแบบประคับประคอง (POS-P) ก่อน-หลัง (N=35)

การดูแลแบบประคับประคอง(PCOS)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	Mean	SD.	P value
ครั้งที่1	17	32	23.68	4.08	0.00
ครั้งที่2	4	10	5.74	1.67	0.00

เมื่อประเมินความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 46.74 (SD. 1.85)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65 ปี เป็นโรคประจำตัวในระบบต่าง และอยู่ในช่วงลูกหลานไประบบอื่นโรคอื่นๆได้แก่โรคไตวายระยะสุดท้าย(ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย(COPD) และโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพแห่งชาติ และทราบว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย และรักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยมีค่าคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัว จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน เป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) การดำเนินการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ โดยลงเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อประเมินการดูแล ติดตามอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของกลุ่มตัวอย่างและ 3) เป็นการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย(PPS) คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.000$) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะการดำเนินโรคนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการทางสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ ได้เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล และการดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (สันต์ หัตถิรัตน์, 2559)



การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมีการให้ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในทุกมิติ และเมื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องทำให้มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแลหลักที่บ้านจากการสอบถามจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่1และครั้งที่4 พบว่า ครั้งที่1 ความรู้ของผู้ดูแลหลักอยู่ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่1และ2เท่ากับ 7.44 และ 15.49 ตามลำดับซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.000$)และกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า2Q จำนวน 33 คนและต้องประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า9Q จำนวน 2 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive) สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณโดยประเมินพฤติกรรมการปรับตัว การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการจัดการตนเองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (นุชจรินทร์ ไชยสัจ, 2561)

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ส่งผลให้การจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) คือ ปวด หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย และ คลื่นไส้อาเจียน เมื่อได้รับการดูแลและคำแนะนำในการจัดการอาการ พบว่าอาการทางกายที่พบมีค่าเฉลี่ยน้อยลง แสดงว่าความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าการจัดการรายกรณีที่สหวิชาชีพได้วางแผนและประสานการดูแลกับทีมการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่ดี ผู้ป่วยจึงมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง(กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2561)และเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาละลาที่พบว่าทีมระดับประคองติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถให้ผู้ป่วยโทรหาพยาบาลได้ตลอดเวลาหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการจัดการพยาบาลระดับประคอง จะรายงานแพทย์ในทีมระดับประคอง เพื่อสั่งยา หรือลงเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการอาการผู้ป่วยนอกจากนี้ มีระบบPain Clinic เป็นช่องทางในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพ(สุริพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ, 2564)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS) ลดลงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลน่าน ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. พบว่าการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมและมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมีระดับ POS-P และ POS-C ลดลงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ (ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์, 2560) และ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลาที่พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองที่ดีมากขึ้น ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเข้าถึงและได้รับการจัดการความปวดและทุกข์ทรมาน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด (สุริพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ, 2564)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน มีความซับซ้อนทั้งปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องได้รับการดูแล ติดตาม และประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพเพื่อลดความทุกข์ทรมานก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน เป็นการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความต่อเนื่องในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ลดการจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการ ความเครียดวิตกกังวล ผู้ป่วยปลื้มที่ได้รับรู้ถึงผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ไปใช้ในหน่วยงานที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กิตติกร นิลมานัต และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล, 33(3), 51-66.



- จอนณะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 30(1), 100-107.
- ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์. (2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขสุพรรณนา, 13(1), 25-36.
- ชุตติกาญจน์ หลุทัย และคณะ. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ประทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันออกจำกัด.
- ธีรพร สติธอังกูร และคณะ. (2561). แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล : Service Plan. ประทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันออกจำกัด.
- นุชจรินทร์ ไชยสัจ. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3), 45-54.
- ปิยารวรรณ โกศพลากร. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 40-51.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2559). วาระสุดท้ายที่งดงาม. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน จำกัด.
- สุรีพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 1-15.