วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi
https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

Nurses' palliative care behaviors among patients with heart failure in the 4th Public Health Region

อัญชิสา รัตนคุณูประการ, บวรลักษณ์ ทองทวี, บุณฑริกา ชาตรีวัฒนกุล*

Unchisa Rattanakunuprakarn, Borwarnluck Thongthawee, Buntarika Chatreewatanakul*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Faculty of nursing, Thammasat university

**Corresponding Author: borwarnluck@nurse.tu.ac.th*

Received: June 27,2023 Revised: August 30,2023 Accepted: September 6,2023

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล 5 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 203 คน เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และ 2) พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับที่ 3 - 4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification) อย่างน้อย 3 ราย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 88.08, S.D. = 19.89) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีพฤติกรรมในระดับต่ำ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินการดำเนินโรค ($\bar{x}$ = 5.24, S.D. = 1.86) ซึ่งข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) ($\bar{x}$ = 1.94, S.D. = 0.66) และ 2) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($\bar{x}$ = 9.24, S.D. = 2.75) ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย และสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว ($\bar{x}$ = 1.95, S.D. = 0.57) สามารถนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะในด้านการประเมินการดำเนินโรคและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแล, การดูแลแบบประคับประคอง, พยาบาลวิชาชีพ, ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This descriptive research design aimed to investigate nurses' palliative care behaviors for heart failure patients. Participants included 203 registered nurses among the five hospitals in Health Region 4, Thailand. The inclusion criteria were 1) nurses who had been working for at least one year and 2) nurses who had experience caring for heart failure patients with New York Heart Association Functional Classification class III - IV at least three patients. Data was gathered by 1) demographic form and 2) nurses' behavior palliative care for heart failure patient's questionnaire (NBPC-HF) with Cronbach's alpha of 0.94. Data were analyzed by using descriptive statistics. The findings indicated that nurses' palliative care behaviors among patients with heart failure were moderate level ($\overline{x}$ = 88.08, S.D. = 19.89). When considered each aspect, it was observed that some aspects were found to be at a low level: 1) the assessment of disease progression ($\overline{x}$ = 5.24, S.D. = 1.86), with the lowest score for the Palliative Performance Scale (PPS) ($\overline{x}$ = 1.94, S.D. = 0.66); and 2) advance care planning ($\overline{x}$ = 9.24, S.D. = 2.75), with the lowest score for seeking the last wishes and the needs of the patients and their families ($\overline{x}$ = 1.95, S.D. = 0.57). The findings can be used to enhance the quality of palliative care nursing services for heart failure patients. Especially in the assessment of disease progression and advance care planning for efficient care that fulfills the needs of patients and their families.

Keywords: caring behavior, palliative care, professional nurse, heart failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรโลก[1] ในปี ค.ศ. 2020 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง 64.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยในปี ค.ศ. 2030 คาดว่าจะมีความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.2 ของประชากรโลก[2,3] สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจจัดอยู่ใน 2 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตหลัก[4] อีกทั้งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 25 ใน 1 เดือน และมีอัตราการรอดชีวิตที่ลดลงภายหลังได้รับการวินิจฉัย โดยใน 5 และ 10 ปี เท่ากับร้อยละ 45.5 และ 24.5 ตามลำดับ[5]

อาการรบกวนที่เกิดจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปวด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตลดลง[6] ซึ่งการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้ยารักษาหลายกลุ่มเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ในผู้ป่วยบางรายที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง โดยเฉพาะในระยะท้ายอาจต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และการผ่าตัดเข้ามาช่วยในการรักษา[7] อีกทั้งการดำเนินโรคที่ไม่ชัดเจนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ไม่สามารถคาดการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ (Cardiac arrest) จึงมีแนวโน้มจะเสียชีวิตได้ก่อนระยะเวลาที่คาดไว้ ซึ่งการยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีบางอย่างอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและทำให้การตายของผู้ป่วยไม่สงบ ในปัจจุบันจึงมีการนำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น[7-8] ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการดูแลทางด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้วางแผนดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย และครอบครัว และส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[9]

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการที่พยาบาลมีความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองจะมีผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างมาก หากพยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในระดับสูงจะแสดงถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น[10] นอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนว่า การมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลต่อคุณภาพการตายดีเพิ่มขึ้น[11] ในทางกลับกัน หากพยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองต่ำจะส่งผลให้การจัดการกับอาการไม่สุขสบาย และการจัดการกับความโศกเศร้าไม่มีคุณภาพ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลลดลง[12]

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป[13] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[14-16] ประกอบด้วยพฤติกรรม 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินการดำเนินโรค 2) การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7) การดูแลทางจิตวิญญาณ และ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต การที่พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ ดังนั้น การเพิ่มประสิทธิภาพในดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการรวบรวมข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2564 ประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 พบอัตราผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรในพื้นที่ และจากสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากเป็น 3 อันดับแรก[4] จึงอาจพบผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในจำนวนมาก อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังพบน้อย และจากการศึกษาพฤติกรรมการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งพยาบาลยังไม่ทราบแนวทางในการสื่อสารหรือวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่มั่นใจในการจัดการอาการรบกวน ไม่มั่นใจในการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีทักษะด้านการใช้เครื่องมือประเมินอาการ และดูแลทางด้านจิตวิญญาณยังอยู่ในระดับน้อย[17-19] ซึ่งพยาบาลมีความสำคัญมากในการดูแลแบบประคับประคอง หากพยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองไม่ครบถ้วนอาจจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัวได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้เป็นแนวทาง และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 14 โรงพยาบาล จำนวน 1,284 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3 - 4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification) อย่างน้อย 3 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่ใกล้เคียงของจิรวัฒน์ ประคองพันธ์ [17] กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) ได้เท่ากับ 0.214 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.90 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม G*power version 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 184 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ในการตอบกลับของแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[20] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 203 คน จากนั้นผู้วิจัยสุ่มโรงพยาบาลแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratum) และดำเนินการสุ่มและดำเนินการสุ่มแบบไม่คืนที่ (stratified random sampling without replacement) โดยใช้สัดส่วน 1:3 ได้ 5 โรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (proportionate simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤติมาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3 - 4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification) อย่างน้อย 3 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และประสบการณ์ของพยาบาลในการได้รับการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างจากการกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[13] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[14-16] จำนวน 35 ข้อ หัวข้อในแบบประเมินประกอบด้วย 1) การประเมินการดำเนินโรค 3 ข้อ 2) การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย 7 ข้อ 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 5 ข้อ 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 5 ข้อ 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4 ข้อ 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 4 ข้อ 7) การดูแลทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติเป็นประจำให้ 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35 - 140 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้แบ่งเป็น 3 ระดับ อ้างอิงตามเกณฑ์คำนวณหาอันตรภาคชั้น[21] ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลพฤติกรรมแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประคับประคองรายด้าน	ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรม		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1) การประเมินการดำเนินโรค (3 ข้อ)	3 - 12	3 - 6	7 - 9	10 - 12
2) การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย	7 - 28	7 - 14	15 - 21	22 - 28
3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	5 - 20	5 - 10	11 - 15	16 - 20
4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว	5 - 20	5 - 10	11 - 15	16 - 20
5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	4 - 16	4 - 8	9 - 12	13 - 16
6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	4 - 16	4 - 8	9 - 12	13 - 16
7) การดูแลทางจิตวิญญาณ	4 - 16	4 - 8	9 - 12	13 - 16
8) การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต	3 - 12	3 - 6	7 - 9	10 - 12
รวม (35 ข้อ)	**35 - 140**	**35 - 69**	**70 - 105**	**106 - 140**

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.91 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ประสานงานวิจัยแต่ละโรงพยาบาล พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยนัดการส่งคืนแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ โดยผู้ประสานงานวิจัย จะรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ (66NU012 วันที่รับรอง 29 มี.ค. 66) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (อว.67.07/797 วันที่รับรอง 19 เม.ย. 66) โรงพยาบาลสระบุรี (SRBR66-008 วันที่รับรอง 29 มี.ค. 66) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (ลบ0033.202/1/5982 วันที่รับรอง 12 พ.ค. 66) โรงพยาบาลพระพุทธบาท (ลบ0033.202/2/1169 วันที่รับรอง 27 เม.ย. 66) และโรงพยาบาลอินทร์บุรี (สห0033.234/035 รับรอง 28 เม.ย. 66)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 คน เป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.06) มีอายุเฉลี่ย 33.68 ปี (S.D. = 9.28) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.56) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.55) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 ปี (S.D. = 9.39) ส่วนใหญ่เคยดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับ Functional Class 3 - 4 เฉลี่ย 28.76 ราย แต่กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 51.72) ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง โดยเข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการอาการ และความปวดมากที่สุ

ส่วนเข้าอบรมน้อยที่สุดในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 84.24

2. พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 65.02 รองลงมาเป็นระดับต่ำ และสูง เท่ากับ 28.58 และ 6.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 88.08 คะแนน (S.D. = 19.89) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า พฤติกรรมในแต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย ($\bar{x}$ = 18.95, S.D. = 3.93) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ($\bar{x}$ = 14.12, S.D. = 2.55) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{x}$ = 9.93, S.D. = 2.41) การสอน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ($\bar{x}$ = 11.38, S.D. = 2.03) การดูแลทางจิตวิญญาณ ($\bar{x}$ = 10.46, S.D. = 2.44) และการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสีย และการดูแลหลังเสียชีวิต ($\bar{x}$ = 8.76, S.D. = 1.92) แต่อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมในด้านการประเมินการดำเนินโรค ($\bar{x}$ = 5.24, S.D. = 1.86) และความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($\bar{x}$ = 9.24, S.D. = 2.75) อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดของในแต่ละด้านคือ ฉันใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อการประเมินการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($\bar{x}$ = 1.94, S.D. = 0.66) และฉันร่วมค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wishes) และสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of life plan) ($\bar{x}$ = 1.95, S.D. = 0.57) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (โดยภาพรวม) (N = 203)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	58	28.58
ปานกลาง	132	65.02
สูง	13	6.40

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกรายด้านและข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด (N = 203)

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min - Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
1. การประเมินการดำเนินโรค	**3 - 12**	**3 - 11**	**5.24**	**1.86**	**ต่ำ**
- ฉันใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อการประเมินการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	1 - 4	1 - 4	1.94	0.66	ต่ำ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกรายด้านและข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด (N = 203) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min - Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
2. การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย	**7 - 28**	**9 - 28**	**18.95**	**3.93**	**ปานกลาง**
- ฉันใช้แบบประเมินอาการของ เอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3 - 4 (NYHA functional class III - IV)	1 - 4	1 - 4	1.72	0.77	ต่ำ
3.ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	**5 - 20**	**5 - 20**	**9.24**	**2.75**	**ต่ำ**
- ฉันร่วมค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wishes) และสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต)	1 - 4	1 - 4	1.95	0.57	ต่ำ
4.ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว	**5 - 20**	**8 - 20**	**14.12**	**2.55**	**ปานกลาง**
- ภายหลังจากแพทย์บอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้าย ฉันจะอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและรับฟัง	1 - 4	1 - 4	2.91	0.62	ปานกลาง
5. การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	**4 - 16**	**4 - 16**	**9.93**	**2.41**	**ปานกลาง**
- เมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3 - 4 (NYHA functional class III - IV) ร่วมกับมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (LVEF $\leq$ 30%) ฉันเสนอให้ทีมที่ดูแลส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง	1 - 4	1 - 4	2.26	0.78	ปานกลาง
6. การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	**4 - 16**	**7 - 16**	**11.38**	**2.03**	**ปานกลาง**
- ฉันให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการสังเกตตนเองทุกวัน เช่น อาการผิดปกติ น้ำหนักตัว และจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะในแต่ละวัน	1 - 4	1 - 4	2.97	0.58	ปานกลาง

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกรายด้านและข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด (N = 203) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min - Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
7. การดูแลทางจิตวิญญาณ	**4 - 16**	**4 - 16**	**10.46**	**2.44**	**ปานกลาง**
- ฉันช่วยติดต่อประสานกับบุคคลที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3 - 4 (NYHA functional class III - IV) ไว้วางใจและต้องการพบ	1 - 4	1 - 4	2.52	0.76	ปานกลาง
8. การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสีย และการดูแลหลังเสียชีวิต	**3 - 12**	**3 - 12**	**8.76**	**1.92**	**ปานกลาง**
- หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต ฉันประเมินปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้การพยาบาลในแต่ละระยะหรือช่วยเหลือในการส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม	1 - 4	1 - 4	2.67	0.82	ปานกลาง
รวม	**35 - 140**	**50 - 131**	**88.08**	**19.89**	**ปานกลาง**

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเท่ากับ 88.08 คะแนน (S.D. = 19.89) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ที่ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศเกาหลีใต้ มีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง[15,19] เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหรือสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[22-23] อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก พยาบาลจึงมีประสบการณ์ และสามารถนำความรู้ที่สั่งสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย[23] อีกทั้งพยาบาลเคยดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายเฉลี่ยประมาณ 28 ราย และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจาก เมื่อมีประสบการณ์มาก บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ วิเคราะห์สถานการณ์ มองปัญหาได้ครอบคลุมและสามารถแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น[24] แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าจะมีการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แต่เป็นเพียงการได้รับความรู้ในระยะสั้น เฉลี่ยประมาณ 4.91 ชั่วโมง ไม่ได้เกิดผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระยะยาว ซึ่งการไม่ได้รับการอบรมหรือได้รับการอบรมที่ไม่เพียงพอ

ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย[25-26] ยิ่งไปกว่านั้นในประเทศไทยยังมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคมะเร็ง[27-28] จึงเป็นส่วนหนึ่งที่อาจทำให้พบพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 28.58 และพบพฤติกรรมระดับสูงเพียงร้อยละ 6.40 เท่านั้น จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้านที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ *พฤติกรรมด้านการประเมินการดำเนินโรค* เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการกำเริบซึ่งไม่สามารถบอกได้ชัดเจน โดยอาการกำเริบหรือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจ (Major Adverse Cardiac Events) สามารถเกิดได้อย่างเฉียบพลัน และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการเกิดการเสียชีวิต และไม่สามารถคาดการณ์การเสียชีวิตได้แน่นอน จึงประเมินการดำเนินโรคได้ยาก[29-30] สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[16] พบว่าอุปสรรคที่สำคัญคือ การดำเนินโรคที่คาดการณ์ได้ยาก บุคลากรทางการแพทย์จึงไม่ได้นำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก จึงพบพฤติกรรมด้านการประเมินการดำเนินโรคในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) อาจอภิปรายได้ว่าในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 17.31 อีกทั้งยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางที่แน่ชัดในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อใช้การดูแลแบบประคับประคองยังไม่ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย[4,27] และจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 4 ได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น (มากกว่า 10 วัน) เพียงร้อยละ 6.3 เท่านั้น[31] จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจจะไม่ทราบวิธีการประเมิน และนำแบบประเมิน PPS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้ในประเมินการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวน้อย

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า พฤติกรรมด้านความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้ายและสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว อาจอภิปรายได้ว่า นอกจากแนวทางในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคเรื้อรังยังไม่ชัดเจนดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลเคยได้รับการอบรมเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 18.70 จึงทำให้ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและความปรารถนาของชีวิต และขาดทักษะการค้นหาความปรารถนาของชีวิตของผู้ป่วยเพื่อใช้วางแผนการดูแล สอดคล้องกับสถิติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีกิจกรรมการจัดประชุมครอบครัว (Family meeting) หรือมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ของเขตสุขภาพที่ 4 พบเพียงร้อยละ 31.82 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)[31] อีกทั้งพยาบาลยังคิดว่าสามารถรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดหรือดีขึ้นได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จึงทำให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะด้านการเตรียมตัวรับมือกับความตายในระดับต่ำ[19] นอกจากนี้ การดำเนินของโรคไม่ชัดเจน ทำให้การเตรียมวางแผนการดูแลโดยเฉพาะในระยะท้ายลำบาก[32] และเช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งในประเทศไทยของน้ำผึ้ง ปรัชญาคุณ[18] พบว่า การรับรู้พฤติกรรมที่น้อยที่สุดคือ การสนทนากับผู้ป่วยเรื่องจุดมุ่งหมายในชีวิตและชีวิตหลังความตาย ($\bar{x}$ = 2.80, S.D. = 1.350) เนื่องจากสังคมไทย

มีการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงเรื่องความตายอยู่มาก ส่งผลให้การค้นหาความปรารถนา และวางแผนการดูแลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวทำได้ยาก อาจเพราะรับรู้ว่าสุขภาพในขณะนี้ยังดีอยู่ หรือภายหลังได้รับการรักษาแล้วร่างกายจะดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่จึงเริ่มทำเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยก็ไม่สามารถบอกความต้องการของตนได้[33]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง

2. ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการจัดอบรมในเรื่องการประเมินการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การใช้เครื่องมือ PPS และ ESAS การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการบอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้าย การค้นหาความปรารถนาเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแก่ทีมที่ดูแลต่อภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และการดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลพระพุทธบาท และโรงพยาบาลสระบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. Eur J Heart Fail 2020; 22(8): 1342-56. Available from: https://doi.org/10.1002/ejhf.1858
3. Van Nuys KE, Xie Z, Tysinger B, Hlatky MA, Goldman DP. Innovation in heart failure treatment: life expectancy, disability, and health disparities. JACC Heart Fail 2018; 6: 401–9. doi: 10.1016/j.jchf.2017.12.006
4. Bureau of Policies and Strategy, Ministry of Public Health. Report on public health resource 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 June 11]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health resource2563_100160
5. Taylor CJ, Ordóñez-Mena JM, Roalfe AK, Lay-Flurrie S, Jones NR, Marshall T, Hobbs FDR. Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study. BMJ. 2019; 13; 364: l223. doi: 10.1136/bmj.l223
6. Koshy AO, Gallivan ER, McGinlay M, Straw S, Drozd M, Toms AG, Gierula J, Cubbon RM, Kearney MT, Witte KK. Prioritizing symptom management in the treatment of chronic heart failure. ESC Heart Failure. 2020 ;7(5): 2193-207.
7. European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure are published online today. Eur Heart J Open 2021, 42(32). Available from: https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/ESC-Guidelines-on-heart-failure-management-launched-today

8. Lowey SE. Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure. Adv Exp Med Biol 2018; 1067: 295–311. doi:10.1007/5584_2017_115
9. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. JACC Adv 2017; 70(3): 331–41. doi:10.1016/j.jacc.2017.05.030
10. Kumwong K, Kanpakdee T, Sukunnee K. Factors associated with service of non-communicable clinics in public hospitals during coronavirus disease 2019 outbreak, Region 4, 2020. Journal of Medical and Public Health Region 4 2021; 11(2): 13–27. (in Thai)
11. Matchim Y, Thongthawee B, Raetong P, Kanhasing R. Quality of death and its related factors in terminally ill patients, as perceived by nurses. Int J Palliat Nurs 2022; 28(10): 491-6.
12. Mularski RA, Rosenfeld K, Coons SJ, Dueck A, Cella D, Feuer DJ. Measuring outcomes in randomized prospective trials in palliative care. J Pain Symptom Manage *2017; 34*(1): 7-19.
13. European Society of Cardiology. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur Heart J Open 2009; 11: 433-43. doi:10.1093/eurjhf/hfp041
14. Bierle RS, Vuckovic KM, Ryan CJ. Integrating Palliative Care Into Heart Failure Management. Crit Care Nurse 2021; 41(3): e9–18. doi:10.4037/ccn2021877
15. Kim S, Hwang WJ. Palliative care for those with heart failure: nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. European journal of cardiovascular nursing. Eur J Cardiovasc Nurs 2014; 13(2):24-33. doi:10.1177/474515113519521
16. Ziehm J, Farin E, Schafer J, Woitha K, Becker G, Koberich S. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals.BMC Health Serv Res 2016;16:361-7. doi:10.1186/s12913-016-1609-x
17. Prakhongpun, J. The factors related to nurses' behaviors in providing palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease [Master's thesis Adult and Older adult]. Pathum Thani: Thammasat University;2022. (in Thai)
18. Prachyakoon N, Somrongthong R, Sitthi-Amorn C. Healthcare providers' knowledge and perception in the provision of palliative care in patients with non-cancer life-limiting chronic disease in the private hospital in Bangkok, Thailand. JHR 2017, 31, 33-40. doi:10.14456/jhr.2017.65
19. Kim S, Lee K, Kim S. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. BMC Palliat Care 2020, 19(105), 1-14. doi:10.11 86/s1 2904-020-00581-6
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. United States: Wolters Kluwer Health;2021
21. Wongrattana, C. Techniques for using statistics for research. 9th ed. Bangkok: Srinakharinwirot University, Prasarnmit; 2017. (in Thai)
22. Chanaphon P, Junda T, Hanprasitkam K. Perception on Palliative Care Competencies among Professional Nurses at Beginner's Level in a Tertiary Hospital under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health, Journal of Nursing and Health Care 2020; 38(3): 61-9. Available from: https:// he01.tci- thaijo.org/index.php/ jnat-ned/article/view/242336. (in Thai)

23. Panuraj S. The factors related to nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients. [Master's thesis Adult and Older adult]. Pathum Thani: Thammasat University;2022. (in Thai)
24. Nupinit W, Nilmanat K, Matchim Y. Selective Factors Related to Intensive Care Units' Registered Nurses' Competency in Caring for Terminally Ill Patients. JTNMC 2017;32(4):94-106. Available from https://he01.tcithaijo.org%2Findex.php%2FTJONC%2Farticle%2Fdownload%2F110313%2F98327&usg=AOvVaw1a9h4qB--29BJa6lP2QmyR. (in Thai)
25. Satsin T. Emergency nurses' competency in the provision of palliative care and related factors [Master's thesis Adult and Older adult]. Pathum Thani: Thammasat University;2022. (in Thai)
26. Tipseankhum N. Palliative care in nursing education. KJN 2020; 27(1):98-115. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/241484/165468. (in Thai)
27. Department of Medical Services. Handbook for Palliative and End-of-Life Care. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health;2020
28. Chaiviboontham S, Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. Int J Palliat Nurs 2021;27(3):132-46. doi:10.12968/ijpn.2021.27.3.132
29. Xanthopoulos, A, Butler J, Parissis J, Polyzogopoulou E, Skoularigis J, Triposkiadis F. Acutely decompensated versus acute heart failure: two different entities. Heart Failure Reviews 2020;25. doi:10.1007/s10741-019-09894-y
30. Singh GK, Ferguson C, Hickman LD. Integrating Heart Failure Palliative Care Delivery in an Uncertain Disease Trajectory. Heart Lung Circ 2022, 31(6), 755-6. doi:10.1016/j.hlc.2022.04.001
31. Strategy and planning division. Service Plan 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 June 10]. Available from http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi_template/2565/032.pdf
32. Fairlamb HJ, Murtagh F. Health professionals' perceptions of palliative care for end-stage cardiac and respiratory conditions: a qualitative interview study. BMC Palliat Care 2021; 20(1): 103-14. doi:10.1186/s12904-021-00805-3
33. Cavanagh CE, Rosman L, Chui P, Minges K, Desai NR, Goodlin S. Advance Care Planning and End-of-Life Education in Heart Failure: Insights From the NCDR PINNACLE Registry. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2023;16(1).doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.122.008989