



รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

อนงค์ สิมลี พย.บ.* นักสวรรณ ภูริพันธ์ภิญโญ พ.บ.**
มะลิวรรณ อังคณิตย์ ปร.ด.*** อาริยา สอนบุญ ปร.ด.****

(วันรับบทความ: 27 ตุลาคม พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 6 ธันวาคม พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 7 ธันวาคม พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพท์รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์การดูแลระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 26 คน 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาใน ศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง จำนวน 86 คน ขั้นตอนวิจัยมี 4 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนารูปแบบฯ ทดลองและปรับปรุงรูปแบบฯ และประเมินผลลัพท์ เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาากลุ่ม สอบถาม ระดมสมองและสะท้อนคิด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแนวทางสนทนากลุ่ม ระยะเวลาศึกษา 1 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การบริการมีรูปแบบบริการที่หลากหลายส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน บุคลากรพยาบาลและทีมสหสาขาขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ขาดงบประมาณสนับสนุนขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ส่วนด้านผู้ป่วยพบปัญหาว่าผู้ป่วยและญาติบางครอบครัวมีฐานะยากจน และบางครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้เองด้วยความเชื่อวัฒนธรรมไม่ให้นำศพเข้าบ้านเพื่อกุศลที่บ้าน ญาติจึงจำเป็นต้องเช่ารถเอกซน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกลับบ้าน รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน 2) การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 3) กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลลัพท์ของรูปแบบที่พัฒนา พบว่า พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเครือข่ายมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกแห่ง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการดูแลในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น มีการใช้ Opioid จัดการอาการปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงจากระดับรุนแรงมาอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยและญาติมีเครียดและความกังวลใจลดลง ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ประเมินรูปแบบและระดับการยอมรับของพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการพัฒนาย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุป: การพัฒนารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ส่งผลให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจสูง จึงควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการ พยาบาลรายกรณี ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**แพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์กฤษฎาพิรุณ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Angkhanit2559@gmail.com Tel:061-9145693



A Model for Organizing a Case-based Bursing Service Network for Terminally Ill Patients in Karuna Pee Khumton Hospice Center, Roi Et Hospital

Anong Simlee B.N.S.* Napusawan Phuripanpinyo M.D.**

Maliwan Angkhanit PhD*** Ariya Sornboon PhD****

(Received Date: October 27, 2020, Revised Date: December 6, 2020, Accepted Date: December 7, 2020)

Abstract

The purpose of this participatory action research were to develop and evaluate the outcomes of the case based nursing service network model for terminally ill patients in Karuna Pee Khumton Hospice Center, Roi Et Hospital. The research participants were divided into 2 groups: 1) 26 professional nurses working at the terminal care centers of hospital, center and all community hospitals in Roi Et Province, and 2) 86 terminally ill patients admitted to the Hospice Center. The research process consisted of 4 phases: analyzing the situation of nursing service for terminally ill patients, developing the model, experimenting and improving the model, and evaluate the outcomes. Data were collected by observation, in-depth interviews, focus-group, questionnaires, brainstorming and reflection. Data collection tools were questionnaires, interview forms, and focus-group guidelines. The research was done during 1st-June 2016-31st-July 2018. Quantitative data were analyzed by frequency distribution and percentage. Qualitative data was analyzed by content analysis.

Results: The analysis of the situation of nursing service for terminally ill patients found that the services had a variety of service forms resulting in terminally ill patients and their families receiving different care. Nursing staff and multidisciplinary teams were lack of knowledge, skills and positive attitude in caring for the patients. Lack of funding, lack of equipment needed for home care for terminally ill patients were also found. As for the patients, it was found that some patients and their families were poor: and some families were unable to take the patients home by themselves. The developed model of case-based nursing service network for terminally ill patients, Karuna Pee Khumton Hospice Center, Roi Et Hospital consisted of 3 components, First, the concept for identifying problem issues of the care for terminally ill patients from hospitals to the community had 6 aspects. Second, management of palliative nursing service system for terminally ill patients. Third, the operational process of the case-based nursing service network for terminally ill patients. The outcomes of the developed model were found that nurses case managers and multidisciplinary hospice care network have good knowledge, skills, and attitudes about hospice care, competency assessed through 80%, target patients increased access to hospice center services, increased use of opioid for pain management and patient relief, and the patients had pain symptoms decreased from severe to moderate, patients and their relatives were less stressed and nervous, receive more continued care at home, and the overall satisfaction of the caretaker relatives was at a high level. Evaluating the pattern and acceptance level of nurses using the development model found that overall was at a high level.

Conclusion: The development of a case-based nursing service network model for terminally ill patients, provides holistic care through the participation of a multidisciplinary team, resulting in higher quality and efficient services, and also resulting in high levels of satisfaction for patients and caregivers. Therefore, the developed model should be used continuously in taking care of patients with regular follow up and evaluation.

Keywords: network service model, nurse case manager, terminally ill patients, hospice care center

*Palliatives Nurse Case Manager of Hospice Care Center, Roi Et Hospital.

**Director chief of Hospice Care Center, Roi Et Hospital.

***Professional Nurse, Head of Nursing Research and Development Department, Roi Et Hospital.

****Nursing teacher, Faculty of Nursing Maha Sarakham University.

***Corresponding Author, Email: Angkhanit2559@gmail.com Tel: 061-9145693



บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีการสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันทั้งภายในจังหวัด เขต และประเทศ ระบบบริการที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นระบบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งประกอบด้วยจุดเริ่มต้นของการดูแล วิธีการดูแล และผลลัพธ์ของการดูแล ที่ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการสำหรับผู้ที่ไม่สามารถที่จะเสียชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือกำลังจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือนหรือไม่กี่วันข้างหน้าซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง “การดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการค้นหาปัญหาแต่เนิ่นๆ การประนีประนอมอย่างถูกต้องและแม่นยำ และการจัดการความปวดตลอดจนปัญหาอื่นๆ ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ”¹ วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และเข้าสู่กระบวนการเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน จึงให้ความสำคัญกับการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมของการดูแลให้เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และจัดการให้การดูแลเป็นไปตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว²

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพยุคปัจจุบันยังประสบปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุสำคัญก็เนื่องมาจากสถานบริการจำนวนไม่น้อยไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ยังไม่ได้จัดให้มีระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีการกำหนดโครงสร้าง ไม่มีการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรที่รับผิดชอบบริการด้านนี้อย่างจริงจัง ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น เช่น การให้คำปรึกษาการบรรเทาอาการ การช่วยเหลือให้ได้ตายอย่างสงบและไม่ทุกข์ทรมาน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การมีคำสั่งการดูแลรักษาในวาระท้ายไว้ล่วงหน้า³ สอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 วรรคแรก กำหนดไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”⁴

จากการศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ⁵ เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2559-2560 พบว่าโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญโดดเด่นในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมีรูปแบบแตกต่างกัน เช่น จัดห้องเป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยใน บริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าโรงพยาบาลจะมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังมีเปิดโอกาสให้อาสาสมัครหรือจิตอาสามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นญาติ คนในครอบครัว หรือเพื่อนของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสุขของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งเน้นการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนมากกว่าภายในโรงพยาบาล⁶ หรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่น ส่วนอุปสรรคในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่งานวิจัยพบได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ยังต้องการความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทางเลือกในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะการมุ่งรักษาโรคให้หายและมักมองว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ใช่การรักษาแต่เป็นการยุติการรักษา ดังนั้นเมื่อไม่มีการส่งต่อเพื่อการดูแลแบบประคับประคองก็จะทำให้การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัด อุปสรรคประการต่อมาคือ โรงพยาบาลแต่ละประเภทพบข้อจำกัดต่างกัน เช่น โรงพยาบาลชุมชนยังขาดทางเลือกในการใช้ยาระดับความปวด หรือ รพ.สต. ยังพบจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแลไม่มากทำให้ทีมงานขาดความชำนาญและความมั่นใจในการให้บริการ รวมทั้งการขาดหลักฐานหรือเอกสารแสดงเจตจำนงการเลือกเสียชีวิตตามธรรมชาติในกรณีวิกฤตฉุกเฉิน และการขาดอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น Syringe driver นอกจากนี้ระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังขาดระบบข้อมูลสนับสนุนระหว่างสถานพยาบาลหรือระหว่างพื้นที่ รวมถึงยังไม่มีความสะดวกในการกำกับดูแลภาคเอกชนในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁶ และเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตและส่งเสริมการเผชิญกระบวนการตายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละ



รายมีความเป็นปัจเจกบุคคลสูงและมีความซับซ้อน ความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อบรรลุถึงการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นองค์รวม ซึ่งการจัดการรายกรณีได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพแบบหนึ่งสำหรับการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตด้วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่รับผิดชอบในฐานะผู้แทนของผู้ป่วยในการวางแผน การแสวงหา และการกำกับติดตามการได้รับบริการต่างๆ ที่พึงได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกระบวนการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย การค้นหากรณีผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลเป็นรายกรณี การระบุปัญหา การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแลตามแผนและการประเมินผลลัพธ์ ระบบการจัดการรายกรณีจึงควรได้รับการจัดตั้งขึ้นพร้อมกับการนำระบบการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาสู่ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย^{2,3}

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 820 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดใกล้เคียง สถิติบริการปี พ.ศ. 2558 -2560 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า สาเหตุการเสียชีวิต 5 โรคแรก ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร และโรคมะเร็งตับ จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญคือ โรคมะเร็งทุกชนิด ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดในสมองและอุบัติเหตุ นอกจากนี้บริบทของคนอีสานร้อยละ 90 ต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยที่ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต จากเหตุผลดังกล่าว โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตจึงได้จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แต่การจัดรูปแบบการให้บริการยังไม่ชัดเจน และมีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน ไม่ครอบคลุมองค์รวมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ประกอบกับบุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจึงได้จัดตั้งศูนย์姑息การพยาบาลขึ้น เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2558 เพื่อเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล และสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงไปสู่โรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพัฒนาทีมให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดจนเป็นศูนย์ประสานเครื่องมือสำหรับนำไปใช้ที่บ้าน

และส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับบ้าน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์姑息การพยาบาล ร้อยเอ็ด จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์姑息การพยาบาล ร้อยเอ็ด เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริการ พัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์姑息การพยาบาล ร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก⁴ และแนวคิดการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของสำนักงานการพยาบาล⁵ มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์การดูแลระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 26 คน 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาใน ศูนย์姑息การพยาบาล ร้อยเอ็ด จำนวน 86 คน ดำเนินการระหว่าง 1 มิถุนายน พ.ศ.2559 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการพัฒนา ได้แก่ แบบบันทึกเอกสารสำหรับวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แบบสอบถามสถานการณ์บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการประชุมระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) เครื่องมือประเมินผล ได้แก่ (1) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลประคับประคองเพื่อประเมินสมรรถนะพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN) ในโรงพยาบาล 6 สมรรถนะ ข้อคำถามรวม 135 ข้อ คะแนนรวม 135 คะแนน (2) แบบฟอร์มยินยอมเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (3) แบบประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) (4) แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 11 ข้อ (6) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (7) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกตาม



เกณฑ์การประกันคุณภาพระบบบริการพยาบาลระดับ
ประกอบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสำนักการพยาบาล⁶ จำนวน
7 ข้อ (8) แบบประเมินรูปแบบการพัฒนา จำนวน 34 ข้อ และ
(9) แบบประเมินระดับการยอมรับจากองค์กรพยาบาลผู้ใช้
รูปแบบการพัฒนา จำนวน 15 ข้อ โดยทุกเครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และได้ค่าดัชนีความ
สอดคล้อง และค่าความเที่ยง (reliability) อยู่ระหว่าง 0.86-1.0

การดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะ คือระยะที่ 1 วิเคราะห์
สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองและ
ปรับปรุงรูปแบบฯ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ รายละเอียด
การดำเนินการ มีดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การบริการพยาบาล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดำเนินการระหว่างวันที่ 29-30 กันยายน
พ.ศ. 2559 โดยการประชุมสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ
ในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
จำนวน 8 คน กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์การดูแล
ศพ คำทอนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 26 คน ผลการ
วิเคราะห์สภาพการณ์พบว่า 1) ด้านกระบวนการดูแล พบว่า
ระบบบริการเดิมมีรูปแบบบริการที่หลากหลายส่งผลทำให้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตก
ต่างกัน พยาบาลใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
ศูนย์การดูแลศพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และแนวทางของ
ศูนย์การดูแลศพ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยจัดทำคู่มือ
ให้ใช้เหมือนกันทั้งจังหวัด คู่มือเป็นแนวทางที่เน้นการรักษา
ด้วยยาและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนมีการกำหนดผลลัพธ์
ที่ชัดเจนแต่การบริการยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีการตั้ง
เป้าหมายร่วมกันในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างชัดเจน
ส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาตามอาการที่ประเมินได้ ให้การ
ดูแลตามปัญหาที่พบของผู้ป่วยเป็นครั้งๆ การบริการพยาบาล
มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับยาและการกินยาตามแผนการรักษาของ
แพทย์ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายแต่ละ
โรงพยาบาล 2) ด้านความรู้ของพยาบาล พบว่าบุคลากร
พยาบาลและทีมสหสาขาขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี
ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้
บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ด
หลายคนผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย แต่พยาบาลในศูนย์การดูแลและระยะสุดท้ายบางคน
ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และใช้ความรู้จาก
ประสบการณ์ที่เกิดจากการทำงานโดยไม่ได้รับการพัฒนา
ทักษะเฉพาะด้านเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการจัดการผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายจึงทำตามแนวทางที่กำหนดเท่านั้น 3) ขาดงบประมาณ
สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และ 4) ด้านผู้ป่วยพบปัญหา
ว่าผู้ป่วยและญาติบางครอบครัวมีฐานะยากจน หรือบาง
ครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้เอง ภายหลังการ

วิเคราะห์ระบบพยาบาลจึงมีการจัดกระบวนการประชุม
กลุ่มย่อย สอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ ประเมินผล และ
ปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกันมากขึ้นโดยจัดประชุม
ภาคีเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิด
ความคิด ความร่วมมือ ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานในการ
ดำเนินงาน และมีการวางแผนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
ผู้ดูแล และบุคลากรในหน่วยงานทั้งก่อนและหลังการได้รับการ
ดูแลตามระบบบริการแบบใหม่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการระหว่างเดือน
กันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดย
1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดบริการ
พยาบาลเครือข่ายดูแล และ 2) ประชุมสนทนากลุ่มกับ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์การดูแลและระยะสุดท้ายของ
โรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 26 คน เพื่อพิจารณา
และเลือกประเด็นการพัฒนาความรู้ในการให้บริการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย พร้อมทั้งร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย
ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 6 ด้าน จากนั้นผู้วิจัยได้
ร่างรูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับ
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้นโดย
ประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การ
อนามัยโลก⁷ และแนวคิดการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบ
ระดับประกอบผู้ป่วยในระยะสุดท้ายตามแนวคิดของสำนัก
การพยาบาล⁶ มาเป็นกรอบการพัฒนาประกอบด้วย
2 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดในการกำหนด
ประเด็นปัญหาเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจาก
โรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน องค์ประกอบที่ 2 การจัดระบบ
บริการพยาบาลแบบระดับประกอบผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่ง
มี 3 ส่วนดังนี้ 1) ทีมพยาบาลระดับประกอบ 2) การดำเนินงาน
แบบระดับประกอบและ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบฯ ดำเนินการ
ดังนี้ 1) ทดลองใช้รูปแบบฯ โดยเริ่มจากการจัดอบรมให้ความ
รู้และทักษะให้พยาบาลประจำการ (PCWN) พยาบาลประจำ
ศูนย์การดูแลในระยะท้ายของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด
ร้อยเอ็ด (PCN) ฝึกใช้แผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การ
ประเมินคัดกรอง การให้การพยาบาลเพื่อจัดการอาการ
รบกวน พร้อมมีคู่มือประกอบการอบรมในระหว่างวันที่ 27-28
ธันวาคม พ.ศ. 2560 หลังจากนั้นให้นำไปใช้ที่หอผู้ป่วยหรือ
ศูนย์การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของทุกโรงพยาบาล
ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562
จากการสนทนากับพยาบาลส่วนหนึ่ง พบว่าภายหลังอบรมมี
ความรู้ความสามารถและทักษะในการพยาบาลส่งเสริมและ
สนับสนุนผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัวผู้ดูแลให้สามารถ
จัดการดูแลตนเองได้ 2) ปรับปรุงรูปแบบฯ โดยนำปัญหาทั้ง
3 ประการที่พบมาแก้ไขและพัฒนา เพื่อให้พยาบาลทุกคนมี
ความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่าง



มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ดังนี้ (1) จัดอบรมเพิ่มเติมระยะสั้นให้พยาบาลสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาซับซ้อนและจัดทำแผนพัฒนาพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรระยะสั้น 1-10 วัน หลักสูตรพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการใช้ Syringe driver (2) กำหนดบทบาทพยาบาลแต่ละระดับ โดยจัดบริการผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มีภาวะซับซ้อนได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้จัดการดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PCN ศูนย์กรุณาพิร์ คำทอน) และพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฯ ให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไปจัดให้มีการส่งผู้ป่วยปรึกษาพยาบาลผู้มีประสบการณ์ขั้นสูง เพื่อจัดช่องทางให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมกับภาวะโรค (3) จัดทำช่องทางให้พยาบาลหรือผู้ป่วยได้ขอรับคำปรึกษาจากพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ไลน์เฟสบุ๊ค เป็นต้น และ (4) จัดอัตรากำลังเพื่อให้การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับภาระงานและมีนโยบายให้พยาบาลทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพและความสามารถเพื่อการจัดสรรเวลาทำงานให้มีเวลาเพียงพอในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพท์ โดยเก็บรวบรวมผลลัพท์ที่ได้จากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ในด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้ใช้บริการ และด้านคุณภาพบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE 033/2563 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับทราบวัตถุประสงค์การวิจัยสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมตามปฎิญญาเอ็ลซิงกิ⁶

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์บริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายศูนย์กรุณาพิร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ก่อนการพัฒนา พบว่า ระบบบริการเดิมมีรูปแบบบริการที่หลากหลายส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน บุคลากรพยาบาลและทีมสหสาขาขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยขาดงบประมาณสนับสนุนขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ส่วนด้านผู้ป่วยพบปัญหา

ว่าผู้ป่วยและญาติบางครอบครัวมีฐานะยากจน หรือบางครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้เอง ภายหลังการวิเคราะห์ระบบพยาบาลจึงมีการจัดกระบวนการประชุมกลุ่มย่อย สอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกันมากขึ้นโดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิดความคิด ความร่วมมือ ขัดถกถ่วงระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงาน และมีการวางแผนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ดูแล และบุคลากรในหน่วยงานทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามระบบบริการแบบใหม่ เมื่อมีนโยบายที่ชัดเจนให้มีการจัดตั้งศูนย์ กรุณาพิร์ คำทอน สำหรับให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล รับให้คำปรึกษา และจัดการอบรมให้บุคลากรทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ทุกคนมีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ด้านงบประมาณได้มีการจัดทำโครงการปันรักปันน้ำใจ เพื่อขอของบประมาณสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนเพื่อจัดตั้งกองทุนศูนย์ กรุณาพิร์ คำทอน จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับใช้ที่บ้าน และเพื่อเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่นำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ด้านอุปกรณ์มีการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยงบประมาณจากเงินกองทุนศูนย์ กรุณาพิร์ คำทอน ตลอดจนรับบริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้แล้ว เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น ส่วนปัญหาผู้ป่วยและญาติบางครอบครัวที่มีฐานะยากจน หรือบางครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้เองแก้ไข้ปัญหาโดยการจัดทำโครงการส่งคนอันเป็นที่รักกลับบ้านซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย (อบจ.) รวมถึงการติดต่อประสานงานในพื้นที่ (อบต., มูลนิธิ) เพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

2. รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพิร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ศูนย์กรุณาพิร์ คำทอน) โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก^{1,2} และแนวคิดการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้ายตามแนวคิดของสำนักงานการพยาบาล³ มาเป็นกรอบการพัฒนา รายละเอียดรูปแบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน องค์ประกอบที่ 2 การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งมี 3 ส่วน ดังนี้ 1) ทีมพยาบาลประคับประคอง 2) การดำเนินงานแบบประคับประคองและ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน และองค์ประกอบที่ 3 กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย รายละเอียด ดังนี้



1. องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน โดยยึดแนวคิดการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนซึ่งองค์การอนามัยโลก^{1,2} กำหนดประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 6 ด้าน ดังนี้ 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ 6) เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

2. องค์ประกอบที่ 2 การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ทีมพยาบาลประคับประคอง 2) การดำเนินงานแบบประคับประคองและ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

1) ทีมพยาบาลประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้แก่ พยาบาลที่รับผิดชอบงานบริการพยาบาลแบบประคับประคองแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลประคับประคองประจำศูนย์姑息護理 (Palliative Care Nurse: PCN) หมายถึง พยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบติดตามและจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง (2) พยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน/หอผู้ป่วย (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) หมายถึง พยาบาลในหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าระบบการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และประสานการทำงานกับพยาบาลประคับประคองประจำศูนย์姑息護理 (Palliative Care Nurse: PCN) ได้แก่ พยาบาลแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และ (3) พยาบาลประคับประคองของชุมชน (Palliative Care Community Nurse: PCCN) หมายถึง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบให้บริการพยาบาลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้านและประสานการทำงานกับพยาบาลประคับประคองประจำศูนย์姑息護理 (Palliative Care Nurse: PCN) ได้แก่ พยาบาลในหน่วยงานเวชกรรมสังคม เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC/HHC) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) การดำเนินงานแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดำเนินงานให้บริการพยาบาลแบบประคับประคองตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ประกอบด้วย การดำเนินงาน 7 ขั้นตอน คือ (1) การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) เข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองเพื่อให้การพยาบาลแบบประคับประคองอย่างสมบูรณ์ (2) การวินิจฉัยและให้ข้อมูล (3) การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับ

ประคอง (4) การประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย (5) การให้การพยาบาลแบบประคับประคอง (6) การวางแผนจำหน่าย/ส่งต่อข้อมูล และ (7) การติดตามเยี่ยมและประเมินผล

3) ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ผลลัพธ์ของการดำเนินงานเป็นข้อมูลที่ใช้แสดงถึงผลสำเร็จ/เป้าหมาย/คุณภาพ/ประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานนั้นๆ ส่วนใหญ่แสดงออกมาในรูปตัวชี้วัด การกำหนดผลลัพธ์ขึ้นกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการดำเนินงาน ในที่นี้จึงกำหนดผลลัพธ์สำคัญของการดำเนินงานตามระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นรูปแบบตัวชี้วัด 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการด้วย Strong Opioid Medication $\geq$ ร้อยละ 60 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่จำหน่ายได้รับการเยี่ยมภายใน 5 วัน โดยพยาบาลประคับประคอง 3) ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 30 วัน 4) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาล 5) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองภายในชุมชน และ (2) ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ร้อยละของพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN)/พยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติที่กำหนด 2) ร้อยละของพยาบาลประคับประคอง มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด และ 3) ร้อยละของพยาบาลประคับประคองของหน่วยงานมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1) จัดตั้งศูนย์โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลนำโดยของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลและมีทีมสหวิชาชีพเป็นคณะกรรมการ

2) มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ (1) แพทย์ที่ผ่านการอบรม Basic Certificate course in Palliative Medicine เป็นหัวหน้าศูนย์ในปีพ.ศ. 2558 มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเพียง 2 คน ปัจจุบันมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมจำนวน 4 คน แต่เป็นแพทย์ที่ทำงานบางเวลา มีเวรรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทุกวัน รับปรึกษาทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. และรับปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกโรงพยาบาลตลอดจนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (2) พยาบาลที่ผ่านการอบรม Basic Certificate course in Palliative Nurse



ปฏิบัติงานเต็มเวลา 1 คนในปี พ.ศ. 2558 ต่อมาได้พัฒนา ศักยภาพพยาบาลและเพิ่มบุคลากรเป็น 2 คน โดยทั้ง 2 คน ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและมีการฝึกอบรมพยาบาลที่เป็นแกนนำ (PCWN) ประจำหน่วยงานทุกหน่วยเพื่อดูแลและคัดกรองผู้ป่วยในราย ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และพยาบาลมีเวรรับผิดชอบกันทุกวัน รับปรึกษาทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. และรับปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งใน และนอกโรงพยาบาล ตลอดจนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (3) เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คนที่ดูแลเรื่องใบ Consult และขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย ทำหน้าที่ควบคุมและกำกับกำกับการเบิกวัสดุ เครื่องมือการแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วย (4) เกสเซอร์ทำงานบางเวลา มีหน้าที่ควบคุมกำกับเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ติดตามลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม (5) นักสังคมสงเคราะห์ทำงาน บางเวลาประสานความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ และดูแล เรื่องสิทธิต่างๆ และติดตามลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม (6) แพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มีหน้าดูแลให้คำปรึกษาในการ จัดการอาการโดยไม่ใช้ยาและดูแลทางด้านจิตใจและ จิตวิญญาณตลอดจนติดตามลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม

3) กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของ ศูนย์姑黎พีร์ คำทอน คือ ผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง (เกณฑ์ การวินิจฉัยโรคระยะสุดท้ายของ WHO)² ที่อยู่ในระยะคุกคาม ชีวิตและครอบครัวที่ได้รับการประเมินความต้องการการดูแล แบบประคับประคอง

4) การจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การดูแลใน โรงพยาบาล ประกอบด้วย (1) กำกับดูแลการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำส่ง และจัดอัตรากำลังให้ปฏิบัติงาน ทุกวัน ในเวลา 08.30-16.30 น. ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (2) จัดทำบันทึกรายงานการปฏิบัติงานของพนักงานไว้เป็น หลักฐาน (3) ดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขผู้นำส่ง (4) ควบคุมดูแล บำรุงรักษารถส่งผู้ป่วย ระยะท้าย พร้อมอุปกรณ์บรรเทาให้ใช้การได้ดียิ่งขึ้น (5) จัด อบรมให้ความรู้แก่พนักงานขับรถและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผู้นำส่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และ (6) รายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือน ต่อองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกเดือน 2) การ ดูแลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วย (1) สนับสนุน รถพยาบาล พนักงานขับรถส่งผู้ป่วยระยะท้ายในโครงการ พัฒนาระบบการส่งคนอันเป็นที่รักกลับบ้านใช้ในเวลาราชการ (2) ตรวจติดตามการดำเนินงานของรถส่งผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมอุปกรณ์ใช้ในราชการอย่างต่อเนื่องและการรายงานผล การใช้รถเป็นประจำทุกเดือน (3) ประสานงานกับโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ในการพัฒนาระบบการส่งคนอันเป็นที่รักกลับบ้าน (4) กำกับดูแลการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถ พร้อม อุปกรณ์ที่ใช้ในการกิจของรถส่งผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับ

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ห้ามมิให้ใช้รถในการกิจอื่นๆ ที่อยู่นอก เหนือหน้าที่ (5) ควบคุมและเบิกจ่ายน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับ รถบริการส่งผู้ป่วยระยะท้าย และ 3) การดูแลจากญาติผู้ป่วย โดยร่วมสมทบกองทุนศูนย์ 姑黎พีร์ คำทอน เพื่อเป็นค่า บริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำส่งผู้ป่วยกลับบ้านอัตรา เหน่าจ่าย 600 บาท/คน

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดเครือข่าย บริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์姑黎พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3.1 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า (1) บุคลากรทีม สหวิชาชีพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมา กขึ้นจากการจัดอบรมบุคลากรทุกระดับครอบคลุมทั้งจังหวัด ร้อยละ 100 (2) ทีมพยาบาลเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพผู้ให้ บริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยมากขึ้น (3) เครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมร้อยละ 100 และร้อยละ 100 เมื่อประเมินสมรรถนะ 6 ด้าน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกแห่ง นอกจากนี้มีการจัด กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเสริมพลัง กำลังใจให้กับ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน (4) ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้ บริการต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะ สุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.2$, $SD = .62$) (5) พฤติกรรมการปฏิบัติบริการพยาบาลโดยรวมร้อยละ 89.5 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มากขึ้นโดยมีการ ปฏิบัติมากที่สุดในด้าน การดูแลทางร่างกาย การจัดการ อาการรบกวน การเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบขั้นตอน ในการดำเนินการเมื่อถึงแก่กรรม การติดต่อประสานงาน การส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

3.2 ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า (1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พึงพอใจมากที่สุดเพราะผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและ ใกล้ชิดที่บ้านของตนเองจากทีมผู้ดูแลที่มั่นใจ มีความสะดวก มากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อนพัฒนา เนื่องจากมีบริหารจัดการอาการปวดและอาการรบกวนที่ทำให้ไม่ สุขสบายไปใช้ที่บ้าน มีวัสดุเครื่องมือแพทย์ช่วยสนับสนุน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เตียง ที่นอนลม เครื่องให้ยาได้ฉิวหนั ง เป็นต้น เป็นบริการที่ไม่ได้คาดคิดว่าจะเป็นไปได้ (2) ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดเพราะลดค่าใช้จ่ายในการนำ ผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ไม่เสียเวลาการทำงานประจำวัน ได้ดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทีศูนย์และเครือข่ายทุกระดับ บริการพยาบาล ทำให้สามารถปรึกษาหรือรายงานเมื่อผู้ป่วย มีอาการเปลี่ยนแปลง และมีการประสานความช่วยเหลือด้าน



อื่นนอกเหนือจากด้านบริการสุขภาพ มีการประสานการดูแลให้กำลังใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และพึงพอใจมากที่สุดเนื่องจากมีศูนย์การดูแลระยะสุดท้ายให้บริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียวสามารถติดต่อประสานงานโดยเฉพาะทางโทรศัพท์ที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากได้รับการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจเพราะมีพี่เลี้ยง คือ เครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน

3.3 ด้านคุณภาพบริการ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการพัฒนา พบว่า 1) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการดูแลในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนพัฒนาย้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไตวายระยะสุดท้าย หัวใจล้มเหลวและโรคกระเพาะระยะสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีคะแนน PPS อยู่ระหว่างร้อยละ 40-60 2) อัตราการใช้ Opioid จัดการอาการปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.5 เป็นร้อยละ และผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้นมีอาการปวดลดลงจากระดับรุนแรงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.0 3) ได้รับการดูแลด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นโดยผู้ป่วยและญาติมีเครียดและความกังวลใจลดลงร้อยละ 88.5 4) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.4 เป็นร้อยละ 92.4 (เป้าหมาย $\geq 80\%$) และ 5) ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.5, SD=.49$)

3.4 ประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.70, S.D.=.78$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเหมาะสม ($\bar{x}=4.40, S.D.=.52$) ด้านความเป็นไปได้และด้านความถูกต้อง ($\bar{x}=4.30, S.D.=.3.18$) อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความเหมาะสม ($\bar{x}=4.18, S.D.=.93$) ด้านความเป็นประโยชน์ ($\bar{x}=4.35, S.D.=1.27$) อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ของกลุ่มพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ใช้รูปแบบการพัฒนา มีความเห็นว่า สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้มากที่สุด มีความเหมาะสมในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลและคำนึงถึงผลกระทบผู้เกี่ยวข้อง และเมื่อประเมินระดับการยอมรับขององค์กรพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการพัฒนา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}3.94, S.D.=1.92$)

การอภิปรายผล

1. จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า มีประเด็นในการพัฒนาที่สำคัญ คือ ระบบบริการเดิมมีรูปแบบบริการที่หลากหลายส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

และครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน บุคลากรพยาบาลและทีมสหสาขาขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ขาดงบประมาณสนับสนุนขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ส่วนด้านผู้ป่วยพบปัญหาว่าผู้ป่วยและญาติบางครอบครัวมีฐานะยากจน หรือบางครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้เอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่อื่นๆ⁹⁻¹⁹ และเป็นปัญหาที่พบคล้ายคลึงกันในสถานบริการสุขภาพ การพัฒนาอาจมีความแตกต่างกันตามความพร้อมของสถานบริการ การรับมือภารกิจตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขของผู้บริหาร แล้วนำมาขยายผลให้สอดคล้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพและการเชื่อมโยงประสานงานกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสร้างเครือข่ายในการดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน นักปฏิบัติเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพิ่มโอกาสในการจัดระบบและจัดระดับความสำคัญของปัญหา การเพิ่มโอกาสในการจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการพึ่งพากันและกันในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป¹⁰⁻¹⁴

2. การพัฒนารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กฤษฎาภิร คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน องค์ประกอบที่ 2 การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งมี 3 ส่วนดังนี้ 1) ทีมพยาบาลประคับประคอง 2) การดำเนินงานแบบประคับประคองและ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน และองค์ประกอบที่ 3 กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการบริการส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้บริการและครอบครัวครอบคลุมองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเข้าถึงบริการ และการบริการมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา¹⁵⁻¹⁷

3. ผลลัพธ์การนำรูปแบบการจัดการบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อภิปรายได้ดังนี้ (1) ด้านผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองที่ดีมากขึ้น ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเข้าถึงและได้รับการจัดการความปวดและทุกข์ทรมาน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{13,18,19} และ (2) ด้านผู้ให้บริการ มีการรับรู้ต่อการบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับดี พบว่า การปฏิบัติตาม



แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับระดับปานกลางถึงมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวมา¹⁵⁻¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำรูปแบบการดูแลนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและขยายผลในหน่วยงานอื่นให้ครอบคลุมและควรศึกษาวิจัยประเมินผลการนำใช้รูปแบบที่พัฒนาในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะยาวเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดีโดยได้รับส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดียิ่งจากทีมเครือข่ายผู้บริหารและเครือข่ายบริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเครือข่ายญาติผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

References

1. World health organization. WHO definition of Palliative care. In: National cancer Control Programs: Policies and managerial guideline. 2nd Ed. WHO Geneva: 2002: 83-91.
2. World Health Organization. Definition of palliative care. Geneva, Switzerland: WHO. 2005.
3. Nantachaipan, P. Palliative Care End of Life Care Case Management Case Management. Nursing Journal 2015; 42(1): 153-158.
4. National Health Commission Office (NHCO). National Health Act, B.E. 2007, Section 12, first paragraph. <https://www.nationalhealth.or.th/node/429>; 16 February; 2015.
5. Srirattanaball J. et al. Synthetic Research Project for Hospice Care System Development in Thailand, Part 1: Hospice Care Situation in Thailand, Research Center for Health Service Development (TRC- HS) Faculty of Medicine Chulalongkorn University Academic Service Center of Chulalongkorn University Supported by the Health System Research Institute (HSR). <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4924.2561>.
6. Charoenkajor, S. Picture of the situation of Hospice Care in Thailand. <https://peacefuldeath.co/thailand-hospicesituation/>.
7. Nursing office Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Palliative nursing service system. Print at the company Tawan Media Publishing Co., Ltd. 2016.
8. Henry KB. Ethics and Clinical Research, New England Journal of Medicine 274(1966): 1354-60.
9. Phairojkul SW. Improving the well-being at the end of the life of the Thai people in: Dusit Sathaworn, Editor. Who care We Do. Bangkok, Beyond Enterprise Co., Ltd.; 2014. 1-9.
10. Phosri T. Palliative care for terminally ill patients: from hospital to home. [List of independent studies, Master of Nursing Science], Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007.
11. Watthanawat T. Factors Correlating with Spiritual Needs of Patients with End-stage Cancer. [Master's thesis in Nursing], Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
12. Kusirilertrakul S, Wongchunlungsilp S, Ariyaprayoon P, Manachirajarat A. Cancer Nursing. Samut Prakan: Sinthavee Printing Co., Ltd.; 2012.
13. Piyawattanaphong, S. Palliative care development for patients with terminal cancer in a tertiary hospital. [Doctor of Philosophy thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
14. Thaprasit, T. Pimonrat Pimdee, Sasipin Thamongkolchai, Puangphayom Microorganism Putthatham. Development of a Palliative Care Model in the Terminals of Udon Thani Hospital. Journal of Nursing, Ministry of Public Health 2013; 23(1): 80-90.
15. Naruenat WS, Thanierat A, Wisettham T. Development of a Palliative Care Model for Cancer Patients Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital. Journal of Ministry of Public Health 2015; 25(1): 144-156.
16. Thep Suriyanon S, Mayuret W. Development of a palliative care system for patients with terminal cancer. In Sanphasitthiprasong Hospital Ubon Rachani. Journal of the Association of Nursing Northeastern Region 2013; 31(1): 24-33.
17. Prasert S, Chuamthong T, Sripalawong S. Development of a supportive service system for the nursing group. Chonburi Hospital Journal of Clinical Medicine Education Center Rapokklao Hospital 2016; 33(4): 326-339.
18. Pridi P. Development of a model of palliative care for patients with terminal cancer, Kham Muang Hospital, Kalasin Province. Journal of Health System Research and Development 2013; 6(2): 114-119.
19. Pleumjai T. Management Model for Nursing Service Quality Developing of Palliative Care in Songkhla Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020; 3(1): 73-94.