



การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วรรณภรณ์ พัฒนิบลย์ พย.บ.*

จิรพันธ์ ประทุมอ่อน พย.บ.**

จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ พย.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและญาติ และ ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินรับผู้ป่วยไว้ดูแล แบบบันทึกปัญหาทางคลินิก การให้คำปรึกษา การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจของญาติและพยาบาล และการดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา และวางแผนพัฒนา ระยะที่ 2 ประชุมปรึกษาผู้ร่วมวิจัย จัดทำแนวปฏิบัติ ให้ความรู้แก่พยาบาลฝึกทักษะ ดำเนินการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล สรุปผลรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังการสูญเสีย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อความไว้วางใจ การดูแลด้านร่างกาย วัฒนธรรม สังคม สุขภาพจิตและจิตเวช จิตวิญญาณ กฎหมายและจริยธรรม ผลลัพธ์การดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากร้อยละ 77.7 ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองระดับมากร้อยละ 81.9 พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัวระดับมาก ร้อยละ 100 รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการดูแลนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยวัยอื่นต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น โดยพบว่าปี ค.ศ. 1950 มีผู้สูงอายุร้อยละ 8 ปี ค.ศ. 2007 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11 และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด¹ ในประเทศไทยพบว่า พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.3 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 ในปี พ.ศ.

2553 ตามลำดับและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20²

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้แก่ การมีเสื่อมของอวัยวะร่างกายและเนื้อเยื่อต่าง ๆ มีพลังสำรองลดลง ภูมิคุ้มกันและความสามารถในการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา และสภาวะทางอารมณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 2-3 โรคในคนเดียวกัน การมีหลายโรคหลายปัญหา ก่อให้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



เกิดปัญหาการเจ็บป่วยซับซ้อน ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลให้พลาดโอกาสในการรักษาทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักได้รับผลกระทบจากการรักษา ส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยมีอาการทรุดหนัก การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การฟื้นฟูเป็นไปได้น้อยกว่าวัยอื่นจึงมีผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายมากขึ้น³ อัตราเสียชีวิตร้อยละ 80-85 เกิดจากโรคเรื้อรัง ร้อยละ 25 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง⁵

ธรรมชาติของโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกันในแต่ละโรค มีความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรค จึงมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้วางแผนการดูแลในระยะสุดท้าย ต่างจากโรคมะเร็งที่พยาธิสภาพของโรคมีความแน่นอนสามารถทำนายระยะเวลาของการเสียชีวิตได้⁷ มีผลต่อการเตรียมตัวของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลในระยะสุดท้าย ส่วนโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และเบาหวานตามลำดับ^{4,5}

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย เนื่องจากไม่สามารถทำนายเวลาเสียชีวิต และมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเสียชีวิตจากผลข้างเคียงจากการรักษา แนวทางการดูแลจึงเน้นการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การจัดการอาการไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (do no harm)⁶ หลีกเลี่ยงการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่ไม่จำเป็น ให้ความสำคัญกับครอบครัว โดยการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย^{8,9}

จากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ที่กล่าวว่า การดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ไม่เร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งความตาย ให้ความสำคัญต่อกระบวนการเสียชีวิตที่เป็นธรรมชาติ เน้นเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป้าหมายการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจนถึงหลังการสูญเสีย¹¹ การศึกษาทั่วโลกพบว่า แนวคิดนี้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย¹⁰ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังยังมีรูปแบบการดูแลไม่ชัดเจน

ปรากฏการณ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2554 ร้อยละ 65.6, 68.4 และ 69.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 70 และร้อยละ 57.3 มีมากกว่า 1 โรค เสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 58.1; 44.5; 50.7 ตามลำดับ ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยสูงอายุที่เสียชีวิตพบว่ามีโรคเรื้อรัง และร้อยละ 80 ของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนเสียชีวิต 24 ชั่วโมง ได้รับการรักษาแบบยืดชีวิต (life-sustaining) เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ

ปัญหาการบริการสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในจังหวัดร้อยเอ็ด พบปัญหาในการปฏิบัติ ด้วยโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดเรื่องจัดการอาการทุกข์ทรมาน เช่น ปวด หายใจลำบาก สับสน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การดูแลยังไม่ครอบคลุมทุกมิติขาดความต่อเนื่อง คุณภาพบริการระยะสุดท้ายยังไม่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการไม่ได้รับความเคารพในการตัดสินใจ ครอบครัวมีความเหนื่อยล้า ด้านร่างกาย มีความเครียด กังวล ส่วนการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 เน้นการดูแลรักษาด้านร่างกายตามแผนการรักษา การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณยังมีน้อย และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้านขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง

จากปัญหาปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัวยังเข้าไม่ถึงบริการแบบประคับประคอง และบุคลากรทีมสุขภาพยังให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีบทบาทหน้าที่ 1) บริหารหน่วยงานหรือองค์กรให้สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 2) จัดการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายที่มุ่งผลลัพธ์



เพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ และ 3) สร้างความเจริญก้าวหน้าในการดูแลระยะสุดท้ายขององค์กรเพื่อความ เป็นมาตรฐานสากล ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมมีความพึงพอใจ และบุคลากร ที่มีความสุขมีความพึงพอใจในการให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับ ประคองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์กร อนามัยโลก¹² ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลให้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะคุณภาพชีวิต โดยมิเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ญาติขณะที่การเจ็บป่วย ตลอดจนประคับประคองให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีลดความเศร้าโศกของญาติ ด้วยวิธีการดูแลที่ไม่เร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งความตาย แต่ ทำเพื่อบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) แนวคิดการ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ของ Grundy¹² นำมาใช้เพื่อพัฒนาวิธีการดูแลร่วมกันระหว่าง ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพโดยเน้นการเรียนรู้อย่างอิสระร่วมกันจาก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ ร่วม สร้างความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจกัน ร่วมตัดสินใจ วางแผนการดูแลร่วมให้การดูแล ตลอดจนร่วมประเมินผล และปรับปรุงวิธีการดูแล จนได้รูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังใน ระยะสุดท้าย ที่สามารถตอบสนองความต้องการและมีความสุขทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ให้การดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative ap-

proach) พื้นที่ศึกษา หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและ ครอบครัวระยะศึกษาสถานการณ์ 10 คน ระยะทดลอง รูปแบบ 15 คน และทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาล 18 คน ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ร่วมคิด 2 คน ผู้ปฏิบัติ 16 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง ในขั้นตอนการวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยประยุกต์ มาจากการทบทวนเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบ ประเมินรับผู้ป่วยไว้ดูแล แบบบันทึกปัญหาทางคลินิก การให้คำปรึกษา การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบประเมิน คุณภาพชีวิต¹⁸ โดยใช้แบบประเมินค่า 3 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 26 ข้อ แบบประเมินความพึงพอใจ ของญาติ¹⁷ ความพึงพอใจของพยาบาล¹⁶ มีข้อคำถาม แบบประเมินค่า 3 ระดับ มาก น้อย ปานกลาง จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิด และ ข้อเสนอแนะอีก 1 ข้อ เครื่องมือทั้ง 3 นี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง 3 ท่าน ผ่านการแก้ไขเรียบร้อยแล้วไป ทดลองใช้ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น .84; .82 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจุบัน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย สัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลผู้ปฏิบัติ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุใน ระยะสุดท้าย สังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม



ในเหตุการณ์ต่างๆ เช่น ลักษณะการปฏิบัติของแพทย์/พยาบาล ต่อผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้าย เป็นต้น สนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้ปฏิบัติการ

2) วิเคราะห์ ระบุปัญหา ลำดับความสำคัญของปัญหา นำเสนอข้อสรุปต่อที่ประชุมหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ที่ประชุม Patient Care Team (PCT) Med สรุปผลนำไปวางแผนการปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย

1) กำหนดแนวทางและดำเนินงาน โดย ประชุมระดมสมองกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อยกรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง องค์ประกอบเพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสม

2) จัดอบรมความรู้ให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย เรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง Symptom management ในระยะสุดท้าย 18 อาการ เช่น ปวด หายใจลำบาก อ่อนล้า ฯลฯ Psychosocial Issue, Communication, Counseling

3) ถ่ายทอดความรู้เรื่องเครื่องมือ ทักษะและเทคนิคต่างๆ โดยพยาบาลที่ชำนาญด้าน palliative care ทำหน้าที่สอน/ให้คำแนะนำแก่พยาบาลเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ผ่านกรณีศึกษา

4) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินแบบบันทึกต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น

5) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ประชุมชี้แจงกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำความเข้าใจแนวปฏิบัติ

6) พยาบาลในหอผู้ป่วย เริ่มดำเนินการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ โดย พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิต (serious illness) หรือ/และ ใกล้เสียชีวิต (active dying) รายงานแพทย์วินิจฉัยว่าควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลที่เป็น สมาชิกทีม เริ่มอภิปรายการดูแลแบบประคับประคอง ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งถึงหลังเสียชีวิตหรือผู้ป่วยและญาติต้องการออกจากแนวปฏิบัติ ซึ่งมีการปฏิบัติ 2 วงจร การปฏิบัติในแต่ละวงจร ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน ดังนี้

วงจรที่ 1 ภายหลังจากพยาบาลสะท้อนความรู้สึกในการบริการและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาพยาบาลเริ่มปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น

1) เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือ/และใกล้เสียชีวิต เข้ารักษาใหม่หรือผู้ที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยแล้ว ให้พยาบาลชี้แจงแก่ผู้ป่วยและญาติทราบถึงโครงการวิจัย มอบเอกสารคำชี้แจงและพิกัดสิทธิของผู้ใช้บริการให้ข้อมูลรูปแบบฯ และให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

2) พยาบาลผู้ปฏิบัติ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย วัฒนธรรม สุขภาพจิต และจิตเวช สังคม จิตวิญญาณ กฎหมายและจริยธรรม

3) พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันวางแผนการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการ กำหนดเป้าหมายและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา สถานที่ดูแลในระยะสุดท้าย

4) ทบทวนแผนการดูแลซ้ำ หากตอบสนองความต้องการให้ดำเนินการต่อเนื่อง หากไม่เหมาะสมให้กลับไปประเมินความต้องการใหม่อีกครั้ง

5) ประเมินผลลัพธ์ หากแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคได้ ผู้ป่วยสามารถออกจากแนวปฏิบัตินี้ได้ ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาโรคได้ ให้การดูแลผู้ป่วยขณะเสียชีวิตและดูแลหลังเสียชีวิต

6) ภายหลังจากที่พยาบาลผู้ปฏิบัติ 8 คนได้ให้การดูแลผู้ป่วยจนครบกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยและญาติยอมรับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังเสียชีวิต และพยาบาลคนอื่น ๆ อยู่ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการอยู่นั้น ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อสะท้อนความรู้สึกต่อการให้การพยาบาล ต่อการใช้เครื่องมือต่างๆ ปัญหาอุปสรรคที่พบ แนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมวางแผนปรับปรุงรูปแบบครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินการในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล พบปัญหา เรื่องสถานที่ในการดูแลยังไม่เหมาะสม มติที่ประชุมลงความเห็นว่าการมีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วงจรที่ 2

1) ผู้วิจัย นำเสนอ ผลการดำเนินการในวงจรที่ 1 และมติจากคณะกรรมการบริหาร ต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อพิจารณาความ



เป็นไปได้ในการเปิดหอผู้ป่วยเฉพาะ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบโครงการเปิดหอผู้ป่วย ปัจจุบันโครงการผ่านการอนุมัติแล้ว

2) พยาบาลผู้ปฏิบัติ ดำเนินการดูแลผู้ป่วยจนครบกระบวนการอีก 8 คน ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 กับพยาบาลผู้ปฏิบัติ เพื่อสะท้อนความรู้สึกต่อรูปแบบการดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังคงอยู่

3) ผู้ร่วมวิจัย สนทนากลุ่มรวบรวมกิจกรรมสนับสนุนที่ใช้ในการดูแล คัดเลือกกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยไว้ใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

4) นำรูปแบบใหม่มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายจำนวน 30 คนและญาติระยะเวลา 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูล สะท้อนการปฏิบัติกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม สรุปผลการดำเนินการ และข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555 เป็นการประเมินผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวก่อนและหลังได้รับการดูแล ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำไปพร้อม ๆ กันในแต่ละครั้งในการประชุม และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ PCT med คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเพื่อตรวจสอบและยืนยันว่าข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลตรงกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ 009/2555 วันที่ 18 มกราคม 2555

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1.1 บุคลากรที่มีสุขภาพได้แก่ 1) บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง 2) รูปแบบการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน 3) เครื่องมือช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลไม่เหมาะสมสำหรับบริบท 4) ขาดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย 5) การสื่อสารขาดประสิทธิภาพ

1.2 ความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษา 2) ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย กลัวความทุกข์ทรมาน กังวลใจในสิ่งที่ยังค้างคาใจ ญาติมีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแล กลัวการสูญเสีย เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ และรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง 3) มีส่วนร่วมวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การมีที่ปรึกษาและช่วยเหลือดูแลต่อเนื่องจนหลังเสียชีวิต

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ได้แก่

1) ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะผู้นำองค์กร ความร่วมมือของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 2) ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ การมอบหมายงานของพยาบาลที่เป็นแบบผสมผสานระหว่างการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้และแบบการทำเป็นหน้าที่ การสื่อสารข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สมบูรณ์ วิธีการทำงานของแต่ละสหสาขาวิชาชีพแตกต่างกัน อัตรากำลังพยาบาลที่ไม่สมดุลกับภาระงาน ลักษณะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่แน่นอนและลักษณะการดูแลของครอบครัว ระบบการส่งต่อและการติดตามเยี่ยมยังไม่ครอบคลุมถึงระยะหลังสูญเสีย

3. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ เป็นการประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแล



เพื่อตอบสนองความต้องการในระยะสุดท้าย โดยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง มีการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแล การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ และมีเครื่องมือช่วยในการดูแล ดังนี้

3.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ได้แก่ 1) จัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการบำบัดสิ่งแวดล้อมต้องสงบ 2) พยาบาล คุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ พร้อมทั้งแนะนำตนเองกับผู้ป่วย 3) เริ่มต้นอภิปราย โดยเปิดประเด็นคำถามถึง “อะไรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติกังวลในขณะนี้” ในระยะนี้เน้นให้ยอมรับว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทรุดลง อภิปรายสถานการณ์การเจ็บป่วยปัจจุบันที่น่าสนใจ เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย และสิ่งที่ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย หากในความหมายของผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยไม่คุ้มค่าชีวิต หรือไม่ผล 4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล สิ่งที่คุณป่วยและญาติต้องการรู้ให้ข้อมูลที่ เป็นจริง ถามญาติว่าข้อมูลที่คุณป่วยต้องการรู้มีอะไรบ้าง

3.2 การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินอาการด้านร่างกาย ได้แก่ การปวด การเบื่ออาหาร ผอม ท้องผูก สับสน วุ่นวาย ท้องเสีย หายใจลำบาก มีเสมหะคั่งค้าง เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ไอ ไข้ ท้องมาน สะอึก ปัสสาวะเล็ด แผลกดทับ ผื่นคัน นอนไม่หลับ ฯลฯ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับการประเมินอาการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือ Numeric scale , Face scale, Behavior scale

ตัวอย่างคำสัมภาษณ์จากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก “จากการสังเกตผู้ป่วยสูงอายุที่นั่งกุ่มหน้าอก สีหน้าแว่แว่ขมวด ร้องไห้ จึงเข้าไปซักถามด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล สัมผัสแขนผู้ป่วยไว้ ผู้ป่วยไม่ตอบซ้ำที่หน้าอก จึงได้ถามว่าเจ็บหน้าอกหรือคะ ผู้ป่วยไม่ตอบแต่กลับน้ำตาไหลมากขึ้น พยาบาลได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า มีความจำเป็นต้องซักประวัติอาการปวดถึงลักษณะการปวด ความรุนแรง เพื่อจะได้รายงานแพทย์ ให้การช่วยเหลือคุณยายได้รวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยได้ฟังเช่นนั้น จึงยอมบอกว่าเจ็บร้าวไปไหล่ และขาซ้ายเจ็บมา

นานแล้ว คิดว่าคราวนี้คงจะไม่รอดแน่เพราะมีอาการเจ็บมาก พยาบาลได้รายงานแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาปวด มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา เช่น ท้องผูก ระดับความรู้สึกตัว สับสน คลื่นไส้ อาเจียน คัน..... พยาบาลติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงจากความก้าวหน้าของโรคหรือจากการได้รับยา การทำงานของไต พืชต่อระบบประสาทส่วนกลางและหัวใจ จัดกิจกรรมทางเลือก โดยให้ความรู้เรื่องสาเหตุความปวด การรักษาความปวด ผักการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ (relaxation technique) ใช้ดนตรีบำบัดโดยใช้หูฟัง ประเมินผลหลังจัดการความปวด 1) ประเมินผลลัพธ์การจัดการหลังได้รับยาแก้ปวดหรือกิจกรรมทางเลือก 30 นาที 2) ความสามารถในการทำกิจกรรม 3) การพักผ่อนนอนหลับ 4) พฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง 5) บันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวด ผู้ช่วยเหลือคนไข้จัดหาอุปกรณ์ เช่น หมอน ผ้าห่ม หนังสือธรรมะ หากผู้ป่วยต้องการ”

3.3 การดูแลด้านวัฒนธรรมการประเพณี ประกอบด้วย วัฒนธรรมเกี่ยวกับการเลือกสถานที่ดูแลเสียชีวิต วัฒนธรรมการแจ้งข่าวร้าย วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร วัฒนธรรมการดูแลผู้ที่เสียชีวิตแล้ว เช่น พิธีศพ การจัดการต้องเปิดโอกาสให้บอกความต้องการ เคารพต่อวัฒนธรรมของแต่ละแห่งซึ่งมีความหมายต่อการเจ็บป่วย

3.4 การดูแลด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล การประเมิน ความกลัว การนอนไม่หลับ ความตึงเครียด สังเกตอาการแสดงเหงื่อออกมาก กัดฟัน มีอัมพาตแห่งเหนื่อยล้า การวินิจฉัยความวิตกกังวล รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวลและกลัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ยอมรับความรู้สึกและเคารพในความเป็นบุคคล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความช่วยเหลือ เพื่อลดความเครียด จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย หลีกเลี่ยงคำถามที่ต้องทำการตัดสินใจ หากรุนแรงพิจารณาปรึกษาจิตแพทย์เพื่อร่วมประเมิน

3.5 การดูแลด้านสังคม การประเมิน ประกอบด้วย โครงสร้างของครอบครัว สัมพันธภาพ และ ความเป็นพลวัตรของครอบครัว การสื่อสารและความต้องการคำปรึกษาสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัว การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม การตัดสินใจเกี่ยวกับ



การรักษา การเตรียมตัวตาย ผู้ดูแล การคมนาคมขนส่ง ด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การเจ็บป่วย มุมมองของสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.6 การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการค้นหาความหมายของชีวิต บางคนให้ความสำคัญกับศาสนา แต่บางคนให้ความสำคัญกับสิ่งอื่น ค้นหาการให้ความหมายของการเจ็บป่วยต่อการมีชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินความหวัง ความกลัว ความหมายเป้าหมาย ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย ความรู้สึกผิด การให้อภัย การจัดการมรดก ความเชื่อด้านศาสนาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย กระบวนการตายสามารถลดความทุกข์ทรมานที่รุนแรงได้

3.7 การดูแลด้านกฎหมายและจริยธรรม เป็นความต้องการเลือกการดูแลรักษา ด้วยการเคารพในสิทธิของบุคคล ในการวางแผนการรักษาต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อน หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเองให้มีผู้ตัดสินใจแทน พยาบาลให้สัมภาษณ์ว่า “ผู้ป่วยโรคไตวาย มีภาวะน้ำเกิน หายใจหอบลึก แพทย์อธิบายการพยากรณ์โรค การรักษาว่าควรใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นพยาบาลได้ขอคำยินยอมจากผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยท่อช่วยหายใจ พยาบาลได้อธิบายข้อดี ข้อเสียของการใส่ท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง แต่ผู้ป่วยยืนยันปฏิเสธเช่นเดิม แพทย์จึงให้การรักษาโดยใช้ยาขับปัสสาวะเพียงอย่างเดียว พยาบาลก็คอยสังเกตอาการหายใจหอบเหนื่อย จัดหาโต๊ะให้ผู้ป่วยฟุบให้ออกซิเจน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบเปิดพัดลมเป่าหน้าเบาๆ สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายและบอกกับผู้ป่วยว่า แพทย์ พยาบาลเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยเช่นเดิม”

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ดังนี้

1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีเลยร้อยละ 100 หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 77.7

2) ผลลัพธ์ด้านครอบครัวจำนวน 30 ครอบครัว ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวต่อการใช้รูปแบบ

การดูแลแบบประคับประคอง พบว่าก่อนใช้สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.3 หลังจากใช้ สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก ร้อยละ 81.9

3) ผลลัพธ์ด้านพยาบาลจำนวน 16 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น พบว่าก่อนใช้ พยาบาลมีความพึงพอใจระดับปานกลางร้อยละ 95 หลังใช้พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากถึงร้อยละ 100

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนาแนวปฏิบัติที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ พัฒนาเครื่องมือใช้ในการดูแล มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพมีการติดต่อสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อการดูแลในโรงพยาบาล มีกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายจึงมีผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตจากระดับไม่ดีเลยเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 77.7 สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลการดูแลแบบประคับประคองที่กล่าวถึงเป้าหมายว่าเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{11,13} ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลจากระดับปานกลางเป็นระดับมากร้อยละ 81.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Dy และคณะ ที่แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีความพึงพอใจเมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย¹⁴ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบจากระดับปานกลางเป็นระดับมากร้อยละ 100

การวิจัยครั้งนี้คือการได้ศึกษาข้อเท็จจริงในหอผู้ป่วย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ¹⁵ ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลและรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและมีการดูแลต่อเนื่องจนหลังสูญเสียด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน



นับได้ว่าเป็นการพัฒนาบริการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ย่อมส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายมีแนวโน้มได้รับการพัฒนาต่อเนืองและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงการบริการเมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เช่น การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ

2. การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล สำนักการพยาบาลและสภากาพยาบาล ควรมีการจัดทำสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

3. นโยบายด้านระบบ โดยเป็นการบริการในลักษณะของการมีสถานที่สำหรับดูแลเฉพาะที่สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย เช่น ระบบหอผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระบบหรือกลไกการติดตามให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นระยะๆ

4. นโยบายเรื่องของบุคลากร การสร้างพันธกิจ ที่ช่วยให้การดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน การสร้างแรงจูงใจรูปแบบต่างๆที่จะช่วยคนที่ปฏิบัติงานมีการพัฒนาดำเนินการในเรื่องนี้ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

5. ศึกษาติดตามเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและต่างสถานที่ในเรื่องของความคุ้มค่าต่างๆของโรงพยาบาลที่ได้รับจากการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เรื่องการลดลงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ธีรพร สติธอังกูร กรุณาเป็นที่ปรึกษางานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2007 [database on the Internet]. 2009 [cited 2010 Nov 13]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpa2007/es-english.pdf>
2. Chunaras S. Situation of the Aged in Thailand 2007. Foundation of Thai Gerontology Research and Development; 2008.
3. Assantachai P. Health problems most common in the elderly and prevention. Bangkok: Union Creek Co., Thailand; 2010.
4. O'Shea E, Murphy K, Larkin P, Payne S, Froggatt K, Casey D, Leime AL & Keys M. End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland. Hospice Friendly Hospitals Programme and National Council on Ageing and Older People. Irish Centre for Social
5. Gerontology, Galway: National University of Ireland; 2008.
6. Lynn, J., Adamson, D.M. Living Well at the End of Life Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. RAND Health; 2003.
7. Aroonsang P. Nursing care important issue for elderly: Adoption. Khon Kean: Khungnanawit-taya, Thailand; 2011.
8. Solomon R, Kirwin P, Ness V, O'Leary J, Fried R. Trajectories of Quality of Life in Older Persons with Advanced Illness. J Am Geriatr Soc 2010;58:837-843.
9. Meeker, MA. Family Surrogate Decision Making at the End of Life : Seeing Them Through With Care and Respect. Qualitative Health Research 2004; 14(2): 204-225.
10. Wold GH. Basic Geriatric Nursing. Canada: Mosby Inc; 2008.



11. Piyawattanapong S. Development of palliative care for persons with Terminal Cancer in a Tertiary Care Hospital. (Thesis). Khon Kean: Khon Kaen University; 2009.
12. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care 2011 [database on the Internet]. 2011 [cited 2011 Dec 28]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
13. Grundy S. Three modes of action research. Curriculum Perspectives 1982; 2 (3): 23-34.
14. Pitantanakun P, Surit P. Chronic Pain Management of older Persons Living in a Community. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(4). 58-68.
15. Dy M, Shugarman L, Lorenz A, Mularski A, Lynn J. A Systematic Review of Satisfaction with Care at the End of Life. JAGS 2008; 56: 124-129.
16. Nadee S, Teeranute A, Boonsawat W. The Effect of Empowerment Program on Fatigue Symptom in The Elderly with Chronic obstructive Pulmonary Disease. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 211; 29(4): 69-78.
17. Pattiboon W. Development of palliative care network for end of life. Roi-et; Roi-et hospital; 2009.
18. Srijar D, Boonyasatpun P, Padee W, Tungworachai W, Peasee, M. End of life care for cancer. Khon Kaen : Medical faculty, Khon Kaen university; 2008.
19. Mitprasart U, Surit P. Nutritional Status and Associated Factors among Older Adults in the Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 211; 29(3): 46-55.



Model Development of Palliative Care for Elderly with End Stage Chronic illnesses at Medical Unit II, Loi Et Hospital

Waraporn Pattniboon B.N.S.*

Jeerapon Pratunon B.N.S.**

Julalux Kaewmafi B.N.S.***

Abstract

The objective of this mutual collaborative action research is to develop a palliative care model for elderly who had end stage chronic illnesses and admitted at Medical Unit II of Loi Et Hospital. Key informants included elderly patients with end stage chronic illnesses, their relatives, doctors, and nurses. Data were collected using observation, interviewing, and group discussion from January to June, 2012. Research instruments included patient assessment form, clinical problem record, counseling and communication records, quality of life assessment form, and relative and nurse satisfaction assessment form. This study comprised of three phrases: 1) situation analysis, problem identification, and plan for action, 2) developing clinical practice guideline, building nurses' capacity of care, and developing care model, and 3) outcome evaluation. Quantitative Data were analyzed using descriptive statistics, whereas qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The developed palliative care model for elderly with end stage chronic illnesses has a continual nature of care from initial diagnosis to death and dying as well as coping after lost. This palliative care comprised of building provider – client relationship and providing physical, social, cultural, ethical, legal, psychological and spiritual aspects of care. Model evaluation found that 1) 77% of the elderly patients had very good quality of life; 2) 81.9% of family and all nurses were satisfied with this palliative care model for elderly with end stage chronic illnesses at a good level. Since the developed model improved quality of life of elderly patients and their relatives, it is suggested to implement this model in the care of patients in other age group.

Keywords: elderly, end stage chronic illnesses, palliative care

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Nursing, Loi Et Hospital

**Registered Nurses, Professional Level, Head of Medical Unit II, Loi Et Hospital

***Registered Nurses, Professional Level, Medical Unit II, Loi Et Hospital