ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effectiveness of Home Visiting Program on Care Outcomes and Satisfaction of Palliative Care Patients at At Samart Hospital, Roi Et Province

ผกากาญจน์ ศุภรจิตต์โศภิน*
Pakakan Suphajitsopin
Corresponding author: Email: eagleor2514@gmail.com
(Received: May 7, 2025; Revised: May 12, 2025; Accepted: June 7, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้าน จำนวน 34 ราย และผู้ดูแลหลักทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 34 ราย มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภออาจสามารถ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบเชิงวิเคราะห์ Paired t- test

ผลการวิจัย : หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.87, SD.= 0.14)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนของผู้ป่วย เพิ่มผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแลได้ ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ผลลัพธ์การดูแล; ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน; ความพึงพอใจ; ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

Abstract

Purposes : This study aims to compare the levels of symptom-related suffering and care outcomes among end-of-life patients receiving palliative care, and to assess caregiver satisfaction with the provided care.

Study Design : Quasi-experimental research with one group, Pre and Post-test.

Materials and Methods : The research was conducted in a group of palliative care patients who were referred to receive home palliative care services in the Aj Samart Hospital network, totaling 34 patients and 34 primary caregivers, both female and male, aged 20 years and over, residing in At Samart District, Roi Et Province. Data were collected between November 2024 and March 2025. Data were collected using questionnaires, data recording forms, and home palliative care programs. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, and Paired t-test.

Main finding : After participating in the home visiting program, patients receiving palliative care had a statistically significant difference in the mean score of overall distress from disturbing symptoms and the mean score of overall care outcomes ($p < .001$), and the satisfaction was at the highest level (Mean = 4.87, SD. = 0.14).

Conclusion and recommendations : The use of the home visiting program among palliative care patients and caregivers reduced distress from disturbing symptoms of patients, increased care outcomes, and satisfaction of caregivers. The quality of life of palliative care patients and caregivers' stress levels should be assessed.

Keywords : Care outcome; Distress from disturbing symptoms; Satisfaction; Terminally ill patients with palliative care

*Professional Nurse, At Samart Hospital.

บทนำ

สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก มีประชากรประมาณ 56.8 ล้านคน ซึ่งรวมถึง 25.7 ล้านคน ในปีสุดท้ายของชีวิต ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก มีเพียงประมาณ 14% ของผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้นที่เข้าถึงและได้รับการดูแล องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศแนวทางให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต[1] การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนสำคัญของบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบรรเทาทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ร้ายแรง ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ ถือเป็นความรับผิดชอบทางจริยธรรมระดับโลก ดังนั้น ไม่ว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานจะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง อวัยวะสำคัญล้มเหลว วัณโรคดื้อยา แผลไฟไหม้รุนแรง โรคเรื้อรังระยะสุดท้าย บาดแผลเฉียบพลัน การคลอดก่อนกำหนดอย่างรุนแรง หรือความอ่อนแออย่างรุนแรงในวัยชรา การดูแลแบบประคับประคองอาจมีความจำเป็นและต้องมีในทุกระดับของการดูแล[2] การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดชีวิต (Life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening conditions) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย[3] ประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก นโยบายชีวาภิบาล ก็เป็นหนึ่งในนโยบายมุ่งเน้น เป็นการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย ระบบการดูแล ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้ได้รับการดูแลโดยไม่ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง เป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต[4] โดยมีการจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care and Home ward) และชุมชนโดยเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายบริการ[5] ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานการดูแลและช่วยเหลือการให้การพยาบาล การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อพิจารณาศรัทธาความเชื่อ และบริบทของผู้ป่วยและญาติ ได้เหมาะสมตามแต่ละปัจเจกบุคคล โดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง[6]

โรงพยาบาลอาจสามารถ มีผู้ป่วยประคับประคองที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 96, 97, 108 และ 128 ราย ในปี พ.ศ. 2564 - 2567 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Advance cancer) และกลุ่ม Non Cancer เช่น End stage renal diseases ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 80[7] เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนในรูปแบบการดูแลและการจัดการรายกรณี จากศูนย์กรุณาพีร์คำทอน โรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด โดยผ่านช่องทางแอพพลิเคชั่นไลน์ของผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ประสานงานการดูแลประคับประคองเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จากการทำงานที่ผ่านมาพบว่า มีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยสาเหตุจากอาการรบกวนจัดการไม่ได้ โดยเฉพาะอาการปวด หายใจหอบ เหนื่อย โดยที่ทีมประคับประคองยังไม่ได้โทรประสานหรือวางแผนนัดหมายการลงเยี่ยมบ้าน อาจเป็นเพราะภาระงานและไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการกำหนดเวลาติดตามเยี่ยม หลังจากรับเคสจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้การติดตามดูแลที่บ้านล่าช้า เพราะอาการของผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนของโรคและอาการรบกวนต่างๆมากมายก่อนจะเสียชีวิต ซึ่งอาการรบกวนจากกระบวนการเสียชีวิตนี้ ในหลักของการดูแลแบบประคับประคอง สามารถช่วยปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานนี้ได้ แต่ในห้วงเวลานี้ สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตคือบ้าน ไม่ใช่โรงพยาบาลที่มียาและอุปกรณ์ครบครัน ผู้ดูแลคือญาติที่ใกล้ชิด ไม่ใช่หมอหรือพยาบาลที่เชี่ยวชาญ แม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับการสอน

ฝึกทักษะปฏิบัติการดูแล ผ่านการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาแล้วก็ตาม แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์จริงของความทรมานก่อนการพลัดพรากบางครอบครัวยอมรับได้และกล้าเผชิญ เพราะความเข้าใจของคนทั่วไปคือ เมื่อแพทย์หมดหนทางรักษาหมายถึงเขาต้องไปเผชิญชะตากรรมที่เหลือด้วยตัวเอง บางครอบครัวรับไม่ได้และไม่กล้าเผชิญความจริง แต่ไม่กล้าขอคำปรึกษาผู้จัดการรายกรณีที่วางแผนการจำหน่าย จึงพบเห็นอยู่บ่อยครั้งที่ญาติพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในระยะใกล้เสียชีวิตในอีกไม่กี่ชั่วโมง ส่งผลลัพธ์ต่อการตายที่เป็นไปอย่างทุลักทุเลไม่ราบรื่นไม่สงบสุข มีหลายรายที่พูดว่าอยากตายให้พ้นความทรมาน และมีหนึ่งรายที่ครุ่นคิดตลอดเวลา 7 วัน จ้องมองเชือกเพื่อหวังจะผูกคอตายแต่ลุกจากเตียงปรับระดับที่องค์การบริหารส่วนตำบลเตรียมให้ไม่ได้ เพราะปวดร่วมกับขาอ่อนแรง ผู้วิจัยเห็นว่าในห้วงเวลาตั้งแต่การจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับมาดูแลแบบประคับประคองและเตรียมเสียชีวิตที่บ้านนี้ ถ้ามีการวางแผนการเยี่ยมบ้าน ได้ตรงประเด็นการพยาบาลที่สำคัญ ตามเป้าหมายการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีทีมสหวิชาชีพร่วมลงเยี่ยมบ้านได้เห็นบริบทความเป็นอยู่ของครอบครัว ได้สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจกล้าโทรกลับเพื่อขอคำปรึกษา คงได้ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายจากไปอย่างสงบอย่างแน่นอน เพราะการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยมีแนวปฏิบัติของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจน สามารถลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านจากแนวคิดจากรูปแบบการดูแลที่ได้มาตรฐาน[8] และจากการทบทวนวรรณกรรมผลของการจัดการเครือข่ายรายกรณี[9-10] เพื่อเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมุงหวังในการช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลอาจสามารถ และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 จำนวน 34 รายและผู้ดูแลหลัก 34 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 68 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอ อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 2) ผู้ดูแลหลักหรือดูแลประจำของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นญาติ เช่น บิดา มารด สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 ชม. ต่อวัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีอาการกำเริบอยู่ในภาวะวิกฤติระหว่างการเก็บข้อมูล หรือ ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย หรือ ผู้ดูแลมีการสับเปลี่ยน

ไม่ใช่คนเดิมที่ให้การดูแลผู้ป่วย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง : คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ด้วยวิธี Test for means : Difference between two dependents means (Matched pairs) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) และอำนาจการทดสอบขนาดปานกลาง = 0.5 กำหนดระดับนัยสำคัญ α = .05 กำหนด Power of test, 1-β = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่าง N= 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้อาชีพ สถานภาพในครอบครัว สิทธิ์การรักษา ข้อมูลโรคและอาการของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (PPS) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เก็บครั้งเดียวคือ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์

1.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome scale)[11] เป็นแบบประเมินที่ใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล และฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย จัดพิมพ์เผยแพร่เพื่อนำไปใช้ตามบริบทการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อ 1 - 10 เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับค่าคะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4 ส่วนข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด ถามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเองหรือให้ญาติหรือเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยเหลือในการตอบให้ (ไม่นำมาคิดคะแนน) การคิดคะแนนของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คิดคะแนนเป็นคะแนนโดยรวมและคะแนนรายข้อ ถ้าคะแนนเฉลี่ยของคะแนน POS ลดลง หมายถึง มีผลลัพธ์การดูแลดี และผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 เก็บในวันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยจำหน่าย อย่างน้อย 3 วัน และครั้งที่ 2 เก็บห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 1 สัปดาห์

การแปลผล การคิดคะแนนของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถคิดคะแนน เป็นคะแนนโดยรวมและคะแนนรายข้อ คะแนนรวมทั้งหมดคือผลรวมของคะแนนรายข้อจากข้อคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 40 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ อย่างมากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตนเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ไม่ได้รับข้อมูล/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 0 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีอาการรบกวนใดๆ/ได้รับข้อมูลเต็มที่/ได้รับการช่วยเหลือเต็มที่/ ไม่เสียเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเยี่ยมบ้าน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการ ให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ 3) ด้านคุณภาพ การให้บริการโดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 อันดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด การให้ค่าน้ำหนักคะแนนสำหรับระดับความพึงพอใจมีความหมาย ดังนี้ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด เก็บข้อมูลครั้งเดียวคือ หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.4 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative performance Scale, PPS) เป็นแบบประเมิน ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วย

ออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (70-100%) ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (40-60%) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%)

1.5 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจาก อาการ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)[12] เพื่อประเมินระดับ ความรุนแรง 9 อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มี ระดับคะแนน 0 (ไม่มีอาการนั้นเลย) และคะแนน 10 (รู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงที่สุด) โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นใน ขณะนั้น ค่าคะแนนที่สูง แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน กระบวนการเยี่ยมบ้าน ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสำนักการพยาบาล[13] และประยุกต์ใช้แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามระดับ Palliative Performance Score(PPS)[14] โดยกำหนดการเยี่ยมบ้านตามรายละเอียดดังนี้ โทรติดตามภายใน 1 วัน หลังได้รับการประสานให้เยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนนัดหมายการเยี่ยมบ้าน กำหนดการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมภายใน 3 วัน หลังจำหน่ายหรือได้รับการประสานการเยี่ยม เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 ตาม PPS ดังนี้ PPS < 30 เยี่ยมทุกสัปดาห์ โทรถามวันเว้นวัน PPS 40-60 เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ PPS>70 เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์ แบ่งกิจกรรมเป็นก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้านและ หลังเยี่ยมบ้าน ดังนี้

ก่อนเยี่ยมบ้าน

- ทบทวนประวัติ และแผนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาอย่างครอบคลุมจากโรงพยาบาลที่ให้การวินิจฉัย รักษาผู้ป่วย รวมทั้งแผนภูมิครอบครัว ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว
- เอกสารแผ่นพับ/เครื่องมือแบบประเมิน
- นัดหมายการเยี่ยม ประสานอาสาสมัคร Caregiver เครือข่ายชุมชนในเขตรับผิดชอบ เพื่อร่วมเยี่ยมบ้าน
- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
- เตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมในการเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมที่ 1 ทีมผู้วิจัยแนะนำตัว “ขอมีส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว” สร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ชี้แจงถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย พร้อมแจกเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจากผู้เข้าร่วมวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลลงนามในหนังสือ เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (เยี่ยมครั้งที่ 1) กิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วย ตอบแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนการทดลอง (เยี่ยมครั้งที่ 1 และ 3)

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ตามแนวคิดการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1) การประเมินด้านร่างกายและการวางแผนการดูแล

- ซักประวัติ สังเกตอาการผิดปกติ ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง
- ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง
- วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลจัดการควบคุมอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ได้จากแบบประเมิน ESAS และแบบประเมิน Pain score โดยใช้ Numeric rating scale ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและสามารถบอกระดับความ เจ็บปวดเป็นตัวเลขได้ และใช้ Face scale สำหรับผู้ป่วยที่ ระดับการรับรู้ลดลง ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ถ้ามีอาการรบกวนที่คะแนนมากกว่า 4 หลังให้การดูแลแบบไม่ใช้ยาแล้ว อาการไม่ดีขึ้น
- ประเมินความต้องการการใช้ยากลุ่ม Strong opioids กรณีที่ได้รับยาอยู่แล้ว ปรึกษาแพทย์

และเภสัชกรเพื่อปรับยา Opioids กรณีควบคุมอาการปวดไม่ได้ และแจกแผ่นพับคำแนะนำการใช้ยา Opioids

- จัดการกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง การเกิดแผลกดทับ

- ประสานทีมสหขาสาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แผนไทย: นวดประคบสมุนไพร ในรายที่ไม่มีข้อห้ามและสอนวิธีการทำสมาธิบำบัด กายภาพ: การจัดท่าให้สุขสบาย การยืดเหยียดเฝ้าระวัง ข้อติด นักโภชนากร ประเมินภาวะโภชนาการและแนะนำอาหารตามความเหมาะสม แจกแผ่นพับการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

2) การดูแลด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณและวางแผนการดูแล

- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการประชุมครอบครัว (Family meeting) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ

- ค้นหาผู้ดูแลหลักผู้ตัดสินใจแทน (กรณียังไม่เคยทำ Family meeting หรือ Advance Care Plan)
- ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วยโดยประเมินจาก ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- ค้นหาความเชื่อ ความหวังของ ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

- พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแลแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

3) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล

- สอนการประเมินอาการ การใช้ยาต่างๆ รวมถึงบันทึกการให้ยาในแบบบันทึกการใช้ยามอร์ฟีนที่บ้านเพื่อการปรับยาของแพทย์และเภสัชกรให้เพียงพอเหมาะสมกับการจัดการอาการของผู้ป่วย

- สอนสาธิตผู้ดูแลเรื่องการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย การดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แผล รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน ชี้แนะเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติ

- รับฟังปัญหา เพื่อหาทางช่วยเหลือพร้อมกับ Empowerment แก่ผู้ดูแล

4) รวบรวมปัญหาและวางเป้าประสงค์การรักษา

- พูดคุยแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) กับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกันและเชิญชวนทำพินัยกรรมชีวิต

- ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

- ติดตามผลเป็นระยะ ทั้งทางโทรศัพท์ทางไลน์ ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อประเมินผลการจัดการอาการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยใน 24 ชม. และให้การดูแลเป็นระยะๆ ในการจัดการอาการตามอาการให้ข้อมูลผลการตรวจ แผนการรักษา ให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ให้ช่องทางการติดต่อขอคำปรึกษาตลอด 24 ชม.

กิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลแบบประคับประคอง ตอบแบบสอบถามแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลหลังการทดลอง และผู้ดูแลตอบแบบประเมินความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านครั้งที่3

กิจกรรมที่ 6 สรุปผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัว

หลังเยี่ยมบ้าน

- เบิกยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละราย

- ประสานญาติมารับยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์

- บันทึกผลการเยี่ยมบ้านใน HOSxP, Scan ใบเซ็นต์ยินยอมประสงค์รับและไม่รับรับบริการสาธารณสุข Pop up ผลการทำ Advance Care Plan เพื่อสื่อสารกับสหวิชาชีพ

- วางแผนนัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ : การวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แบบประเมินผลลัพธ์การดูแล ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลกลุ่มงานวิชาการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องทางภาษา ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)[15] =1.00 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย และ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมาก่อน จำนวน 15 คน (Pilot study) พบว่า แบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ค่าแอลฟ่าของคอนบาค (Cronbach ,s alpha coefficient) = 0.93 แบบสอบถามผลลัพธ์การดูแล ได้ค่าแอลฟ่าของคอนบาค = 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (PPS) และระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ใช้สถิติทดสอบ เชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) ด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนทำการวิเคราะห์ ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที โดยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (Test of normality) และความแปรปรวนของข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับบุคคล ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และมีมติรับรอง หมายเลขใบรับรอง COE 0652567 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นเพศหญิง (55.88%) มีอายุเฉลี่ยที่ 67 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (64.71%) เป็นหัวหน้าครอบครัว (76.47%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (94.12%) รายได้รวมของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 6,126.47 บาทต่อเดือน ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (85.29%) ผู้ดูแลหลักอายุเฉลี่ย 48 ปี เป็นเพศหญิง (79.41%) มีสถานภาพสมรสคู่ (64.71%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (47.05%) มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (70.59%) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรกับผู้ป่วย (47.05%)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.53 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะท้าย รองลงมาร้อยละ 14.71 เป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPS 40 - 60%) ร้อยละ 61.76 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 10 – 30) ร้อยละ 38.24 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ได้รับการบริการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง อาการรบกวนที่พบมากที่สุด 4 อันดับแรกคือ ปวด ไม่สบายกายไม่สบายใจ วิตกกังวล และ หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 79.41, 67.64, 47.06 และ 44.12 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 ครั้งต่อราย ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 8 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการวินิจฉัยโรค ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง แผนการรักษาจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล อาการรบกวนของผู้ป่วยที่พบสูงสุด 4 อันดับแรก (n=34)

ข้อมูลของโรคและอาการของผู้ป่วย	จำนวน(%)
การวินิจฉัย	
Advance CA	25(73.53)
ESRD no RRT	5(14.71)
CHF	3(8.82)
Full-Blown Aids with ESRD	1(2.94)
ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS)	
ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40 - 60%)	21(61.76)
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 10 - 30%)	13(38.24)
แผนการรักษา	
ประคับประคอง	34(100.00)
อาการรบกวน 4 อันดับแรก	
ปวด	27(79.41)
ไม่สบายกายไม่สบายใจ	23(67.64)
วิตกกังวล	16(47.06)
หายใจไม่อิ่ม	15(44.12)
จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	Mean= 3.00(SD.= 1.89), Min= 1.00; Max=8.00

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเข้าร่วมโปรแกรมลดลง 8.32. คะแนน (95%CI; 5.40, 11.24) และหลังการเข้าร่วมโปแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลโดยรวมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลลดลง 8.18 คะแนน (95%CI; 6.72, 9.63) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนและผลลัพธ์การดูแลโดยรวมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน (Palliative Care Outcome Scale; POS-C)

ปัญหาและความต้องการ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34	23.76(14.04)	8.32	5.40, 11.24	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	34	15.44(10.43)			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัญหาและความต้องการ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ผลลัพธ์การดูแล					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34	19.29(7.27)	8.18	6.72, 9.63	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	34	11.11(4.97)			

ความพึงพอใจของผู้ดูแลทั้งด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพการให้บริการ และภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n=34)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	4.82(0.24)	มากที่สุด
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ผู้ให้บริการ	4.94(0.92)	มากที่สุด
ด้านคุณภาพการให้บริการ	4.84(0.24)	มากที่สุด
โดยรวม	**4.87(0.14)**	**มากที่สุด**

วิจารณ์

การดูแลแบบประคับประคองหลังใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ระดับคะแนนความทุกข์ทรมานและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เป็นเพราะว่าผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามระดับ Palliative Performance Score (PPS) เป็นระดับสมรรถนะของผู้ป่วยระยะท้ายประคับประคอง ที่สื่อให้เห็นการพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่ ช่วยประกอบการตัดสินใจในการติดตามผู้ป่วยและวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายการดูแล[14] ประกอบไปด้วย 1) การประเมินด้านร่างกายและการวางแผนการดูแล 2) การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 3) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล และ 4) รวบรวมปัญหาและวางเป้าประสงค์การรักษาตลอดจนการส่งต่อข้อมูลแก่เครือข่าย ซึ่งกิจกรรมในแนวทางการดูแลประกอบด้วยประเด็นการพยาบาลที่สำคัญตามมาตรฐานการดูแล คือ 1) การประเมิน อาการผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ เครื่องมือประเมินได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Palliative Performance Score) การประเมินอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และการประเมิน Pain Score 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย การให้ความรู้ให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย และครอบครัว การทำ Family Meeting ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยการค้นหาผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วย (Key man) การค้นหาผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง (Caregiver) และการประสานทีมสหวิชาชีพและทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง การทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) การวางแผนจัดการสิ่งที่ค้างคาในภาวะที่ยังคงรู้สึกตัวดี 3) การพยาบาลการจัดการอาการรบกวน ด้วยวิธีการต่างๆ อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย และ 4) การพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน[15] ที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบองค์รวมทั้ง 4 มิติ จึงทำให้หลังใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีระดับคะแนนความทุกข์ทรมานและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการอาการปัญหาทางกายและทางจิตใจจากอาการรบกวนต่างๆ ได้ตรงกับความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น[16-17] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน เพิ่มผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยได้[18-19]

การได้รับการดูแลและสนับสนุน ความรู้ ทักษะ และอุปกรณ์ที่จำเป็นจากทีมสหวิชาชีพ และแหล่งช่วยเหลือจากชุมชนที่ยื่นมือเข้ามาร่วมดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ ประกอบกับมีพยาบาลดูแลประคับประคองขอมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประคับประคองไปพร้อมๆ กับผู้ดูแล ช่วยเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านและเลือกสถานที่เสียชีวิตคือบ้าน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลในภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลต่อความพึงพอใจและความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย[20]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย ผลการศึกษาที่ได้ใช้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้กับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลในการนำไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านที่ส่วนใหญ่อาการรบกวนต่างๆ มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเร็วตามพยาธิสภาพ ทำให้ครอบครัวเกิดความกังวล จำเป็นต้องขอคำปรึกษาพยาบาลผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง นำผลการศึกษาครั้งนี้เสนอต่อผู้บริหาร พิจารณาส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับโรงพยาบาลจังหวัดและเครือข่ายโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวิจัยอื่นๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ โดยโรงพยาบาลร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปช่วยติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป การศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีของโรคมะเร็ง รวมทั้งการประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. 2nd ed ; 2020 [cited 2024 Sep 23]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliativecare/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf
2. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 23]. Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบ

ประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealt.or.th/index.php/th/node/3266.

4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th
5. กรมการแพทย์. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Homeward) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Publication/ Attach/25650805113031AM_homeward.pdf.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/
7. โรงพยาบาลอาจสามารถ. สถิติผู้ป่วยระยะท้าย ปีงบประมาณ 2564-2567. อาจสามารถ: โรงพยาบาล; 2567.
8. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.karunruk.org/wp- content/uploads/2022/02/Quality-Standard-for-Palliative-Care-2022.pdf
9. กิตติกร นิลมานัต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):51-66.
10. อนงค์ สิมลี, นภัสวรรณ ภูริพันธ์ภิญโญ, มะลิวรรณ อังคณิตย์, อาริยา สอนบุญ. รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพีร์คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(4):112-21.
11. Sapinun L. Manual for using the palliative care outcome scale: POS. 1st ed. Chiang Mai: Kwangwien Printing; 2013.
12. Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of medicine, Khon Kaen University. Palliative care toolkit. 1st ed. Khon Kaen: Klungnana; 2017.
13. Nursing Division of Ministry of Public Health. Quality criteria for home visitation. Nonthaburi: Permanent Secretary of Ministry of Public Health; 2014.
14. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Training of the Trainers in Palliative Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
15. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
16. ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2561;13(1):25-36.
17. วรัญญา จิตรบรรทัด, มิ่งขวัญ เกตุกำพล. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครทัศน์. 2565;9(2):155-70.
18. ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, ธภัคนันท์ อิทราวุธ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):99-111.
19. กนกเนตร แก้ววันทา. ประสิทธิผลของรูปแบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://bkpho. moph.go.th/
20. พุทธชาติ บุญชัย. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

แบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. 2567;1(1):1-11.