



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

Palliative Care Model With Case Management and Participation of Multidisciplinary Teams Health Network Waengyai District, Khon Kaen province

(Received: November 15,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 18,2022)

สารสิน กิตติโพวานนท์¹ รัตนาภรณ์ ประชากุล²
Sarasin Kittiphovanonth, Rattanaorn Prachakul

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2564 ดำเนินการพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพในรพ. และรพ.สต. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ผู้ดูแล ,อสม. ผู้นำชุมชน ,อปท. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 148 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบประเมิน INHOME-SSS แบบประเมินPPS แบบประเมิน ESAS แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รวมถึงทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG)ในรพ.จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และพยาบาล Manager ประเมินผล พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ปี 2562-2564 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 9.38,90.35,95.20 ได้รับการบรรเทาปวดด้วย MO ร้อยละ 91.22,100,100 มีความปวดลดลง ร้อยละ 75.47, 82.56, 80.20 มีอาการเหนื่อยล้าลดลงร้อยละ 68.75,78.57, 83.33 มีอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากลดลงร้อยละ 76.36, 80.26, 82.10และผลลัพธ์ตามเกณฑ์การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วย PPS≤60 เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ 94.56, 98.80 ,100 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100, 100, 100

คำสำคัญ : การดูแล,ระยะท้าย,สหวิชาชีพ

Abstracts

This action research aimed to develop a model and evaluation of palliative care model with case management and participation of multidisciplinary teams health network Waengyai District, Khon Kaen province. The research conducted from October 2019- September 2021.The adopted the care model by multidisciplinary team in hospital and sub-district health promoting hospital, end of life patients and

¹ พ.บ. โรงพยาบาลเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

² พย.ม. โรงพยาบาลเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

their families, care giver, public health volunteer, community leader, local government organization. Evaluation of care outcomes from end of life patients; 148 samples. Research tools were in-depth interview & focus group discussion questions form, INHOME-SSS, PPS, ESAS assessment form, and observation forms. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data by mean and percent.

The study results showed that Palliative Care Model With Case Management and Participation of Multidisciplinary Teams Health Network Waengyai District, Khon Kaen province appropriate to the context of the area Including 1) Develop the potential of care and knowledge of the team of doctors, nurse case managers, including multidisciplinary team in the hospital, sub-district health promoting hospitals and community network partners 2) Establishing CPG in hospitals to community, with roles in each profession 3) Arrange a system to support sufficient materials and equipment, such as beds, air mattresses, oxygen concentrators 4) Organize a 24-hour consulting system by the doctor and nurse manager. The evaluation found that the strong network of partners budget support. Outcomes of patient care, 2019-2021, 9.38, 90.35, 95.20%. The patients received ACP. 91.22, 100, 100 %. For MO were relieved of pain 75.47, 82.56, 80.20% as decreased pain 68.75%, 78.57, 83.33% decreased fatigue, had difficulty breathing. Respiratory dyspnea was reduced by 76.36, 80.26, 82.10% and received a home visit according to the specified criteria. , 100, 100, 100%.

Key words : Palliative Care, Multidisciplinary Teams

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ เป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งและโรคทางหลอดเลือด สถิติผู้เสียชีวิตของประเทศไทย แต่ละปีมีประมาณ 300,000 คน ซึ่งแนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอันดับ 1 คือ มะเร็ง ปีกะ 60,000 คน¹ โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและดูแลต่อเนื่อง และเมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายรักษา

ไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย สังคม เช่น ทุกข์ ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ทำให้ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ แนวทางการรักษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองไม่ให้โรคลุกลามเร็วหรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบจากการรักษา และความก้าวหน้าของโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตภายในระยะเวลาเฉลี่ย 12 เดือนและมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่อาจมีชีวิตรอดอยู่นานถึง 5 ปี การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dignified death) มากที่สุด²



กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขโดยจัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยตั้งหลักก่อนที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Retreat)” เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)³

จากยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน นั้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรร ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เพื่รองรับและแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประเทศ ซึ่งสาขาการดูแลแบบประคับประคองเป็นสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการ

พัฒนาระบบสุขภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจำส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO⁴ ซึ่งประกอบด้วย 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากสถานบริการสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกด้านจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

จากสถานการณ์การบริการผู้ป่วยระยะท้าย รพ. แวงใหญ่ พบว่าปีงบประมาณ 2559-2561⁵ จำนวน 100, 110, 103 ราย ตามลำดับ มีอัตรา Readmission ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาการที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 3 อันดับ คือ 1) อาการปวด (Pain) ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับรุนแรง Pain score ≥ 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 48, 45.45, 56.31 2) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) คิดเป็นร้อยละ 62, 54.54, 67.97 และ 3) อาการหายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) คิดเป็นร้อยละ 90, 76.36, 91.26 ตามลำดับ ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้รับการดูแลไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แนวทางการรักษาของแพทย์และการดูแลของพยาบาลไม่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการดูแลตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนจึงสามารถสรุปปัญหาดังนี้ ในด้านกระบวนการดูแลยังไม่มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจนที่บ้าน ในด้านบุคลากร ความรู้บุคลากรยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขา

วิชาชีพ และขาดความเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ และในด้านยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ในการดูแลมีเพียงพอจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart^{6,7,8} ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ซึ่งใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO ประกอบด้วย 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ของ CCMC ได้แก่ การประสานความร่วมมือเพื่อค้นหาแนวทางหรือทางเลือก

ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพเฉพาะราย ซึ่งกระบวนการประกอบด้วยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประสานงาน ควบคุม กำกับ ประเมินผลซึ่งต้องใช้การสื่อสาร และทรัพยากรที่จำกัด เพื่อให้เกิดคุณภาพ ภายใต้ความคุ้มค่า คำนึงโดยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2564 ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 ต.ค.2562 - ก.ย.2563, วงรอบที่ 2 ต.ค.2563 - มี.ค.2564, วงรอบที่ 3 เม.ย.2564 - ก.ย. 2564)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ทีมนสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนแวงใหญ่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล CG, อสม ผู้นำชุมชน,อปท. รวม 86 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ 2) กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอแวงใหญ่ จำนวน 148 คน ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลแวงใหญ่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าสู่ระบบการรักษา แบบประคับประคองในโรงพยาบาลแวงใหญ่ เป็นครั้งแรก ที่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา
(เดือน ตุลาคม 2562 – พฤศจิกายน 2562)



1. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและการดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนวงใหญ่ โดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลเพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO และแนวคิดการจัดการรายกรณีโดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาควิชาเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ มีขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 (ธ.ค. 2562 - ก.ย. 2563)

1. นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการ CUP board จากการคั้นข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยทำให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ Palliative care ที่หอผู้ป่วยใน พร้อมกับการสำรวจวัสดุอุปกรณ์ จัดบริการแบบผู้ป่วยนอกดูแลแบบประคับประคอง เกิดแผนงานโครงการการพัฒนาบุคลากรทั้งการอบรมภายนอก ภายในโรงพยาบาล โดยพยาบาลผ่านการอบรม 4 สัปดาห์ ทำหน้าที่เป็น Nurse Case Manager

2. ประชุมระดมสมองร่วมกับทีม PCT เพื่อคั้นข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา จึงทำให้เกิดการกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน เกิดการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ.

3. ติดตามสังเกตในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประเมินผล พบว่า 1) บุคลากรขาดความรู้และทักษะ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การให้ยา 2) การ

ส่งต่อข้อมูลล่าช้า 3) อุปกรณ์ไม่เพียงพอ 4) ด้านผู้ป่วยการจัดการอาการที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 3 อันดับ คือ 1) อาการปวด (Pain) ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับรุนแรง Pain score ≥ 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58 2) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) คิดเป็นร้อยละ 85 และ 3) ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) คิดเป็นร้อยละ 93.10 ตามลำดับ เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ 94.56

วงรอบที่ 2 ต.ค.2563 - มี.ค.2564

4. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ทำให้เกิด 1) โครงการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ อสม. Care giver ผู้นำชุมชน และกลุ่มจิตอาสา 3) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย /แนวทางการจัดยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย / การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล / การจัดการอาการรบกวน / จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม

5. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตลอดจนติดตามการปฏิบัติงาน เช่น การจัดการอาการรบกวนต่างๆ การให้ยา การส่งต่อข้อมูล พยาบาล อสม. และผู้ดูแล

6. ติดตามประเมินผล พบว่า 1) ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่จำเป็น และได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มมากขึ้น มีการบูรณาการร่วมกับงาน Long Term Care 2) เกิดการมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน 3) เกิดการค้นหาลูกป่วยระยะท้ายที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ในชุมชน นำเข้าสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และเข้าสู่ระบบการดูแลระยะสุดท้าย 4) พบปัญหาขาดแคลนครูภักดิ์ นำสู่การแก้ไขปัญหาใน พชต. และ พขอ.

วงรอบที่ 3 เดือน เม.ย.2564 - ก.ย.2564

7. คั้นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่านคณะกรรมการ พขอ. วงใหญ่ ทำให้เกิด กองทุนคนวงใหญ่ไม่ทอดทิ้งกัน

8. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน
ทุกแห่ง ทำให้เกิด 1) CPG Palliative care ในชุมชน 2)
ระบบส่งต่อ HHC 3) ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล จากการประเมิน
กระบวนการและผลการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือเชิงปริมาณ

แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ฉบับสวนดอก เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วย
ใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว
กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การ
รับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยกผู้ป่วย
ออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่
(>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่
ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)

แบบประเมิน ESAS ของมหาวิทยาลัยมหิดล
ซึ่งเป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการ
ปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลียอาการคลื่นไส้ อาการ
ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่อ
อาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อย
หอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข
0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10
หมายถึงมีอาการมากที่สุด

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถาม
ปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
ระยะท้าย การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรค
ในการดูแล และ**แบบประเมิน AAR** ซึ่งใช้ประเมิน
กิจกรรมทุกครั้ง

โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพข้างต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้น
เองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า
IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตาม
ข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง

แบบประเมินแนวทาง INHOME-SSS ได้แก่
การประเมิน การเคลื่อนไหว(Immobility)อาหาร
(Nutrition) สภาพบ้าน(housing) เพื่อนบ้าน(Other
people)การใช้ยา(Medication)การตรวจร่างกาย

(Examination) แหล่งให้บริการ(Services) ความ
ปลอดภัย(Safety)จิตวิญญาณ(Spiritual)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์
ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจะใช้ ค่ามัธยฐาน
(Median) และค่าต่ำสุด (Minimum) กับค่าสูงสุด
(Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis) โดยมาตรวจสอบความ
ครบถ้วนสมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส และสรุป
ประเด็นประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงมีการตรวจสอบ
ข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความ
น่าเชื่อถือของข้อมูล มีการสนทนากลุ่ม (Focus
Group) และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูล และความเชื่อถือของข้อมูล และ
นำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาเพื่อนำมาสนับสนุนข้อมูล
เชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัยของเครือข่ายบริการสุขภาพพวงใหญ่
จังหวัดขอนแก่น เลขที่ 15 ลงวันที่ กันยายน 2562 การ
พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้แจ้ง
วัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่ม
ตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนิน
กิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูล
เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม
รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วม
กิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง
3 ข้อ ดังนี้



1. ด้านสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า

1.1. ด้านบริบทชุมชน ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า คนในชุมชนมีความเชื่อว่าการตายเป็นการสูญเสียพลตกและเป็นสิ่งอัปมงคล การตายที่บ้านวิญญานของผู้ตายจะวนเวียนอยู่คอยดูแลคุ้มครองลูกหลาน หากช่วงใกล้ตายนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลก็จะทุกข์ทรมานจากการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องมือทางการแพทย์และตายอย่างไม่สงบ

1.2 ด้านการดำเนินงานในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายชุมชน วิเคราะห์GAP การดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย WHO 6 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

- การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว : การประเมินปัญหา การวางแผนดูแลไม่ครอบคลุม
- การดูแลแบบองค์รวม : ทีมไม่มั่นใจในองค์ความรู้และทักษะการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้รับการ

จัดการการดูแลที่เหมาะสม เช่น ความปวดและด้านอื่นๆ

- ความต่อเนื่องในการดูแล : การวางแผนจำหน่ายและการเชื่อมโยงข้อมูล ยังไม่ชัดเจน
- การมีส่วนร่วมของทีม : การดูแลระหว่างทีมในรพ.กับชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
- การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล : ยังไม่มีCPG คู่มือการดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ : ความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนมีน้อย
- เป้าหมายของการดูแล : การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ชัดเจน โดยเฉพาะตัวชี้วัดทางการพยาบาล

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

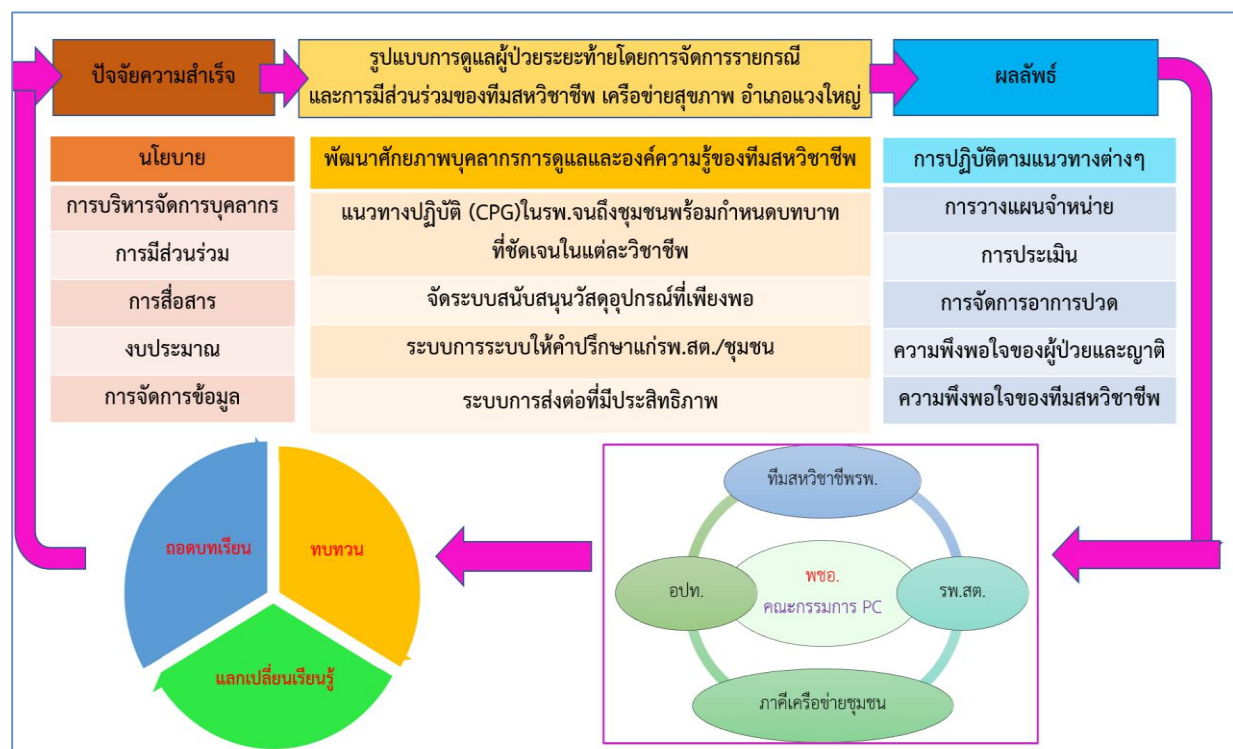
2.1 จากการพัฒนาทำให้เกิดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย

ทีมสหวิชาชีพ	บทบาทในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย
แพทย์	- วินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย ส่งเข้าสู่ระบบการดูแลของ PC - ส่งยาในการดูแลผู้ป่วยและแพทย์สามารถสั่งใช้ยาโอปิออยด์ได้ทุกคน ยกเว้นกรณี Syringe driver ส่งให้แพทย์ที่ผ่านการอบรม PC สั่งจ่ายหรือ consult
เภสัชกร	- ส่งมอบยาในการดูแลผู้ป่วยและยาโอปิออยด์พร้อมใบติดตามให้คำแนะนำญาติและเจ้าหน้าที่ - ควบคุมการเบิกจ่ายและส่งคืนยาโอปิออยด์
พยาบาล	- ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนจัดการการดูแลและการรบกวนต่างๆ - จัดทำ Advance care plan - ดูแลการให้ยาโอปิออยด์ทาง Syringe driver - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลผู้ป่วย
แพทย์แผนไทย	- สอนญาติวินัดเพื่อบรรเทาอาการปวด และผ่อนคลายความกังวล
นักกายภาพบำบัด	- สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจ การไอที่ถูกวิธี การบริหารกล้ามเนื้อ
นักโภชนาการ	- สอนญาติในการทำอาหารเหลว อาหารเฉพาะโรค อาหารเสริมผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็น	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่
บุคลากร	-ยังไม่มีกรอบของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร/รพ.สต/CG	- พัฒนางค์ความรู้/รพ.สต. อบรมเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย -สอน KM ระหว่างเจ้าหน้าที่เก่า/ใหม่ เสริมความรู้ที่จำเป็น
การให้คำปรึกษา	ให้คำปรึกษาเป็นรายๆไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน	-มีระบบให้คำปรึกษา/พี่เลี้ยงโดยทีมสหวิชาชีพ -Line กลุ่ม PC
กระบวนการดูแล	- ยังไม่มีระบบ PC ที่ชัดเจนของ - CPG การดูแลยังไม่ครอบคลุม	-จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในรพ.และในชุมชน - มี CPG การดูแลที่ครอบคลุม
การสร้างภาคีเครือข่าย	- ไม่มีทีม PC ดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน -บุคลากรในทีมยังไม่เข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วย	- มีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วย คือ ญาติผู้ดูแล, อสม., ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, จนท.สาธารณสุข, รพ.สต., อปท, CG
งบประมาณ	-จาก CUP เท่านั้น	- - กองทุนคนหางานใหญ่ไม่ทอดทิ้งกัน, พชอ., อปท
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์/ยา	- ออกซิเจน tank เบิกที่ รพ. -ยาที่รพ.ไม่เพียงพอ ต้องไปรับยาที่ รพ.ขอนแก่น	เครื่องผลิตออกซิเจนทั้ง รพ./รพ.สต., Syringe Driver / ที่นอนลม / เครื่องดูดเสมหะ /เพิ่มยา Mo/ยาเพียงพอพร้อมใช้



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น



2.3 ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดย
การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสห
วิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัด
ขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1)
พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีม
แพทย์ พยาบาล Nurse Manager รวมถึง ทีมสหวิชาชีพ
ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ
ภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ.
จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละ

วิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ
ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4)
จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และ
พยาบาล Manager ซึ่งสามารถอธิบายได้ (ภาพประกอบ
1)

2.4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ
ท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของ
ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่
จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 3 การประเมินประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของ
ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามแนวทาง
ต่างๆ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564
แนวปฏิบัติตาม CPG	ร้อยละ 100	72.37	87.50	91.30
แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย	ร้อยละ 100	83.33	87.30	90.00
แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 100	86.26	93.75	95.00
แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ	ร้อยละ 100	88.70	89.26	90.25

ด้านผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยได้รับการ
ทำ ACP ร้อยละ 89.38, 90.35, 95.20 ได้รับการ
บรรเทาปวดด้วย MO ร้อยละ 91.22, 100, 100 มีความ
ปวดลดลง ร้อยละ 75.47, 82.56, 80.20 มีอาการ
เหนื่อยล้าลดลงร้อยละ 68.75, 78.57, 83.33 มีอาการ

หายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบากลดลงร้อยละ 76.36,
80.26, 82.10 และผลลัพธ์ตามเกณฑ์การพยาบาลพบว่า
ผู้ป่วย $PPS \leq 60$ เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบ
ประคับประคองร้อยละ 94.56, 98.80, 100 ได้รับการ
เยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100, 100, 100

ตารางที่ 4 การประเมินประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วม
ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ด้านผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564
ผู้ป่วยที่เข้าข่ายการวางแผนจำหน่ายได้รับการวางแผนล่วงหน้า (ACP)	ร้อยละ 80	96	95	100
ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน PPS	ร้อยละ 100	100	100	100
จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	ราย	68	77	71
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน	$\geq$ ร้อยละ 85	100	100	98.59
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินปวด	ราย	68	77	71
จำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด > 4 คะแนน	ราย	42	36	27
ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา Opioids เพื่อจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ	$\geq$ ร้อยละ 80	85	90.90	100
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการอาการปวด	$\geq$ ร้อยละ 80	92.78	96.12	98.68

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมแพทย์พยาบาล Nurse Managersรวมถึง ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG)ในรพ.จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และพยาบาล Manager ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุญ,ภาควิชา อื่นทร์มั่ง,คำตัน ปิยะโต,ศุภชัย แพงคำไหล¹⁰ ที่ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคี เครือข่ายชุมชน 2) จัดทำ CPG ใน รพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางพยาบาล (CNPG) 5 เรื่อง 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/ สนับสนุนยา อุปกรณ์ และ 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ผลการประเมิน พบว่า ปี พ.ศ. 2560-2562 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 92.66, 96.66, 98.20 มีความปวดลดลง ร้อยละ 76.67, 83.87, 80.00, คลื่นไส้ อาเจียนลดลงร้อยละ 68.75, 78.57, 83.33 ซึมเศร้าลดลง ร้อยละ 78.57, 87.50, 90.00 และ Good dead ร้อยละ 80.20, 95.28, 96.66 ตามลำดับ และการศึกษาของ จิรประภา ศิริสูงเนิน,มาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์, วุทธิพงศ์ ภักติกุล¹¹ ที่ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า วิวัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัด ขอนแก่น ที่มีการพัฒนาตั้งกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรทุก ระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการ การเข้าถึงยาบรรเทาปวด (opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังมีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นศูนย์สนับสนุนเครือข่ายมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่าง ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ วาสนา สวัสดิ์ดินญาณ,อมรพันธ์ ธานีรัตน์ ,ธารทิพย์ วิเศษธาร¹² กล่าวว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1. หลักการของรูปแบบการดูแล 2.โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3. กระบวนการดูแล และ 4.การติดตามและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งเกิดผลลัพธ์ คือ พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=2.47;SD=0.51) ระยะจำหน่ายผู้ป่วยมีความปวดลดลงร้อยละ 71.4 อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงร้อยละ 60 ความไม่สบายใจกังวลใจหรือกลัวลดลงร้อยละ 88.57 ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก (M=4.24;SD=.62) สรุปว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายกลุ่มอื่นๆต่อไป จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโดยรูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม จากทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพ และลด



ความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการสามารถนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆที่เป็นปัญหาสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น มีคู่มือการดูแล แนวปฏิบัติต่างๆ และ ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงยาบรรเทาปวดได้ รวดเร็วขึ้น สามารถจัดการอาการรบกวนได้ ลด

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเข้ารับการรักษาที่รพ. มีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต(Good death)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะท้ายพร้อม ครอบครัว รวมถึงทีมสหวิชาชีพ พยาบาล ชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกท่านของอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการทำวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
2. เต็มศักดิ์ พันธ์ศรี (2552). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ, (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End Of Life improving Care of The Dying (หน้า 15-23). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. World Health Organization. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action: Published collaboratively by the Cross Cluster Initiative on Home-based Long-term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health and the Department of HIV/ AIDS, Family and community Health, World Health Organization; 2002.
5. โรงพยาบาลแวงใหญ่. รายงานผู้ป่วยระยะท้ายประจำปีงบประมาณ 2559-2561. ขอนแก่น : โรงพยาบาลแวงใหญ่ ; 2562.
6. บุญชม ศรีสะอาด .การวิจัยเบื้องต้น.กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น; 2553.
7. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โรงพิมพ์โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2549.
8. เกษราวัลณ์ นิลวรานุ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย ใน:ดุสิต สถาวรบรรณาธิการ.Who Care WE DO. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2557.หน้า 1-9. 11.
10. กาญจนา จันทะนุญ,ภาคภูมิ อินทร์ม่วง,คำตัน ปิ่นโต,ศุภชัย แพงคำไหล.รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย .วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563. ; 8(1)129-145.
11. จิรประภา ศิริสูงเนิน,มาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2561; 6(2)317-335.
12. วาสนา สวัสดิ์ดินถนาถ,อมรพันธ์ ธาณิรัตน์,ธารทิพย์ วิเศษธาร.การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช .วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2558. ; 25(1)144-156.