

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง Effective of Palliative Nursing Practice Guidelines Development

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 27,2023 ; Accepted: June 28,2023)

วิไล วงศ์แก้ว^{1*} อิศรา สพสมัย²

Wilai Wongklaw, ^{1*} Issara Sopsamai²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and development) เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีวิจัยและพัฒนาของ ไอโอวาโมเดล (Titler et al., 2001) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในเดือน สิงหาคม 2564 – สิงหาคม 2565 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 ราย ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก 52 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็นก่อนและหลังของทีมผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดีพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.814, 0.915 0.790 และ 0.765 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 3.44, SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92, SD = 0.30$) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมาก ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05, t = -39.371$)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

Abstract

Research and development (R&D) is a study that encompasses both quantitative research and qualitative research, applied according to the research and development theory of the IO-Model (Titler et al., 2001). Its objectives are as follows: 1) to investigate problem situations and analyze the current state, 2) to develop nursing practices, and 3) to study the effectiveness of nursing practice development from January 2021 to December 2021. The study involves a specific and targeted sample selection, divided into two parts. Part 1 consists of 30 professional nurses who will examine the problem situation and analyze the current state using the focus group discussion method. Part 2 involves 52 patients or primary caregivers, and data will be collected through the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) questionnaire. The average distress scores before and after participating in the development of nursing practices will be compared. The study will also include satisfaction surveys

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ

² นายแพทย์ชำนาญการ เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสมุทรปราการ

*Corresponding Author Email: Wilai.wongklaw@gmail.com

regarding nursing care and pre- and post-questionnaires for the team of caregivers providing end-of-life care. Data analysis will be performed using mean values, standard deviations, and Paired T-test One group. The assessment of peaceful and dignified deaths will be analyzed using a percentage that has been verified for content accuracy by qualified experts, with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.814 and 0.915, respectively.

The research results showed that patients in the hospice care group had lower average scores of distresses from symptoms after participating in the development of the end-of-life care protocol ($\bar{X}=3.44$, $SD=1.52$) with a statistically significant level of 0.05. The satisfaction level with the care provided by both patients and primary caregivers in the hospice care group was high ($\bar{X}=3.92$, $SD=0.30$). Additionally, the sample group evaluated the death as peaceful and dignified with a percentage of 84.44, The level of satisfaction of professional nurses with the overall outcomes of implementing an intensive care approach for critically ill patients has significantly increased compared to before the intervention, as evidenced by statistical analysis ($p < 0.05$, $t = -39.371$).

Keyword: The development of nursing practice guidelines for Palliative care

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและจากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ พบว่าประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี 2563 และจะเป็นร้อยละ 31.40 และในปี 2583⁶ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก²¹ พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง องค์การอนามัยโลกกำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ตลอดจนวิธีการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการตายดี (Good death) กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2564)¹ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลให้มีการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดตัวชี้วัด ร้อยละของสถานบริการสุขภาพภายในจังหวัดที่มีระดับความสำเร็จของระบบการดูแลแบบประคับประคอง \geq ระดับ 3 การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพของสังคม โดยมาตรฐานโรงพยาบาลทั่วไปกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นภารกิจหนึ่งของกลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งใน

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด ในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายและผู้ใกล้ชิดไม่ให้เกิดความหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน เป็นผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและสงบ ลดความเจ็บปวด บรรเทาอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ

การดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมุทรปราการขับเคลื่อนด้วยระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับ PCWN 27 หน่วยงานเป็นแกนนำผู้ปฏิบัติ โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกันในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะประคับประคองและวาระสุดท้ายของ จากข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ (2564-2565) พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 21 และร้อยละ 15 ตามลำดับ ผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าระดับความสำเร็จของระบบการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าระดับ 3 จากการศึกษาศักยภาพปัญหา พบว่า การบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างทั่วถึง มีผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและอาการ

รบกวนต่างๆตั้งแต่ระดับทันท่วงทีไปจนถึงระดับรุนแรง ในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข จากฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ (Health data center service, 2563-2565) พบสถิติการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 25.82, 30.25 และ 32.76 ตามลำดับ ซึ่งไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ≥ 40 ตลอดจนมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า น้อย ร้อยละ 25.8, 28.36 และ 50.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ≥ 50

จากความเป็นมาชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในบริบทของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในการขับเคลื่อนแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ให้บรรลุเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อมโยงประสานการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ คุณภาพบริการพยาบาลสามารถสะท้อนผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- 2.พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- 3.ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย และ พัฒนา (Research and development) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วย ศัลยกรรม นรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรปราการโดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีวิจัยและพัฒนาของ ไอโอวาโมเดล¹⁸ ศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยและรวบรวมข้อมูลแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คู่มือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็นก่อนและหลังของทีมผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดีพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ขั้นตอนดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ในจังหวัดสมุทรปราการผู้ให้ข้อมูลได้แก่ พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ยกเว้นงานห้องผ่าตัด งานวิสัญญีและงานสูติกรรมหลังคลอดพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน เลือกรูปแบบเจาะจง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคิดของระบบการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัย

โลก²¹ ที่มีลักษณะการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในสถานบริการสาธารณสุขไปจนถึงชุมชน กำหนดประเด็นสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 6) การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลด้านทรัพยากรเครื่องมือกำหนดขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณด้วยสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่าง Two Dependent means ของ App N4Studies โดยคำนวณจากงานวิจัยของ ไพรินทร์ สมบัติ (2555)⁵ **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองหรือผู้ดูแลหลักจำนวน 52 คน ในหอผู้ป่วย อายุรกรรม 4 แห่ง ศัลยกรรม 3 แห่ง และหอผู้ป่วยพิเศษ 4 แห่ง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแลหลัก 52 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการจำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Np04965 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2564 และผ่านการพิจารณาเห็นชอบเชิงนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล และในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลตามหลักพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และมีการดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาและการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบสอบถามความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยคำนวณหาค่า ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.814 ,0.915 ,0.790 และ0.765 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลติดต่อฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ส่งแบบสอบถามพร้อมใบแสดงข้อความพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างถึงผู้ประสานงาน โดยผ่านกลุ่มการพยาบาลและให้ผู้ประสานงานช่วยส่งแบบสอบถามให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดการตอบแบบสอบถาม 6 สัปดาห์ ได้รับข้อมูลกลับคืนมา 52 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้องตามประเด็น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการสังเกต มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การศึกษาเชิงปริมาณ 1) สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired T-test One group

ตารางที่ 1 การประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และแนวปฏิบัติที่พัฒนา

ประเมินความต้องการ	แนวปฏิบัติที่พัฒนา
1. ด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	
-ขาดรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของทีมนพยาบาล ประคับประคอง	-บทบาทหน้าที่ที่ทีมพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
-ผู้ป่วย และญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจเลือกการ รักษาพยาบาล, ไม่มีระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมน้อย	-แนวทางปฏิบัติในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565
-ขาดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, ผู้ ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ	-แผนภูมิและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสมุทรปราการ -ตารางการนิเทศแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
-ขาดการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย, ไม่มี แนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว	-แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ PPS v2
2. ด้านการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน	
-ขาดแนวปฏิบัติทางการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆใน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม	-แนวทางการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย -แบบประเมินความปวดและอาการรบกวนต่างๆโดยใช้ ESAS
-ขาดการดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ ทีมดูแล ยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะมิติ ทางจิตวิญญาณ	-แนวทางปฏิบัติสำหรับหอผู้ป่วยในกรณีพระมาเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น ประจำ 3 วัน/สัปดาห์ ใน 18 หน่วยงาน ต่อเนื่องตลอดปี 2566 และสนับสนุน กิจกรรมการรับศีลเจิมสำหรับผู้ป่วยในศาสนาคริสต์ -ตารางคู่มือการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้าน จิตวิญญาณ -การฝึกกลมหายใจเบื้องต้น ด้วยการทำโยคะภาวนา
3. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล	
-แนวทางและระบบการประสานงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องไม่ ชัดเจน การวางแผน จำหน่ายเพื่อเตรียมดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล ไม่มีเกณฑ์ ขาดดูแลต่อเนื่องที่ บ้านที่ชัดเจน ไม่สามารถให้การสนับสนุนเครื่องมือและ อุปกรณ์ที่ จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทีมดูแลไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน -การประสานการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มี ระบบ ที่ชัดเจนขาดทีมบูรณาการและเครือข่ายที่จะดูแลร่วมกันส่วน ใหญ่เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขจิตอาสาบางส่วนและญาติ ผู้ป่วยเท่านั้น ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยน้อย	-สร้างช่องทางสื่อสารข้อมูลออนไลน์ติดตามเยี่ยมบ้าน/ให้การดูแลที่บ้าน สำหรับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ลงข้อมูลส่งต่อในระบบ Continuing of Care (COC) ส่งต่อสู่ ชุมชน และผ่านโปรแกรมไลน์กลุ่ม Palliative care ระดับตำบล -เพิ่มเนื้อหาในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเยี่ยมบ้านในเรื่องของการบันทึกหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยื้อชีวิตให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิในกระบวนการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลในระยะสุดท้ายในการทำ Advance Care Planning เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการเห็นตีไข ยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร -เกณฑ์การจำแนกระดับความต้องการการดูแลและความถี่ของการเยี่ยมบ้าน -ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการติดตามเยี่ยมและประเมินผล 3 ครั้ง -แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในเครือข่าย สุขภาพปฐมภูมิ
4. ด้านการมีส่วนร่วมของทีม	
-แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขา วิชาชีพไม่ครอบคลุม -การประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งใน โรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน	-แนวทางปฏิบัติในการปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางตามความจำเป็นของผู้ป่วยทีมแพทย์แผนไทย ทีมกายภาพบำบัด นัก สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ตารางที่ 1 การประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และแนวปฏิบัติที่พัฒนา

ประเมินความต้องการ	แนวปฏิบัติที่พัฒนา
	-โครงการเดินเยี่ยมผู้ป่วย โดยทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเดินเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย
5. การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล	
-แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจนในเรื่อง การให้คำแนะนำความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก, การดูแลในขณะใกล้เสียชีวิตและ หลังเสียชีวิตแล้วยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน -อุปกรณ์ในการดูแลไม่เพียงพอ ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น	-จัดทำ QR code การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก -การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ จากธนาคารเครื่องมือและกองทุน End of Life ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อจัดการอุปกรณ์และของใช้ที่ผู้ป่วยขาดสน
6.เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต	
-ยังไม่มีระบบประเมินตัวชี้วัดที่ชัดเจน คุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนด ตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ ของการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี	-แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี -แบบฟอร์ม Living will

ผลการวิเคราะห์ด้านสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะการประเมินด้านจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ มีการป้องกัน และจัดการปวดแต่ประเมินไม่ต่อเนื่อง การประเมินแบบแผนสุขภาพ ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน และไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์เชิงคลินิกไม่เพียงพอทำให้ค้นหาปัญหาทางการแพทย์ และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการทางการแพทย์ไม่ตรงประเด็น ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติทำให้ผู้ป่วย และญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหา และความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเฉพาะราย

ด้านผู้ป่วยและญาติพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้รับการประเมิน PPS และไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่เข้าใจเรื่องของการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ทำให้มีการยืดชีวิต และทุกข์ทรมาน ผู้ป่วย และญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ ญาติส่วนหนึ่งไม่เข้าใจเรื่องการตายดี ไม่เข้าใจเรื่องของการตายว่าเป็นธรรมชาติของทุกชีวิต ผู้ป่วยบางคนมีญาติ

หลายคนตัดสินใจขัดแย้งกันในเรื่องทางเลือกของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยบางคนญาติทอดทิ้งให้เป็นภาระของโรงพยาบาลในการดูแลจนกว่าจะเสียชีวิต

ด้านระบบสนับสนุนบริการพยาบาลพบว่า นโยบายไม่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ PCWN ไม่ชัดเจนขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน เช่น ออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น ไม่มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย แนวทางการส่งต่อ การขอคำปรึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายไม่ชัดเจน

2. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 56-75 ปี ร้อยละ 61.54 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.23 มีประสบการณ์การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (ที่มีส่วนร่วมดูแลระยะสุดท้าย) ร้อยละ 100.00 ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 48.08 และมี PPS Level อยู่ระหว่าง 0-30% ร้อยละ 69.23

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System เป็นรายอาการและโดยรวม ในวันแรก กับวันที่ 7 = n)52(

อาการ Edmonton Symptom Assessment System	n	วันแรก		วันที่ 7		t	p
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. มีอาการปวดรุนแรง	52	3.27	2.55	2.00	1.80	5.010*	0.000
2. เหนื่อย/อ่อนเพลีย	52	5.06	2.65	3.88	2.41	4.343*	0.000
3. คลื่นไส้ อาเจียน	52	2.48	2.37	1.48	1.77	6.339*	0.000
4. วิดกกังวล	52	3.65	2.62	2.63	1.98	4.163*	0.000
5. ง่วงซึม/สลึมสลือ	52	5.10	2.83	5.90	2.89	-5.999*	0.000
6. เบื่ออาหาร	52	3.88	3.19	5.38	2.79	-7.764*	0.000
7. ไม่สบายกายและใจ	52	3.87	2.27	2.85	1.66	3.798*	0.000
8. หายใจเหนื่อยหอบ	52	5.04	2.98	3.38	2.15	6.215*	0.000
รวม	52	4.04	1.89	3.44	1.52	4.974*	0.000

*P < .05

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผลการวิจัยพบว่าระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System โดยรวม ในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายอาการ

พบว่า ระดับความทุกข์ทรมานในทุกอาการในวันที่ 7 ลดลงจากในวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นอาการง่วงซึม/สลึมสลือ และอาการเบื่ออาหาร ในวันที่ 7 ที่เพิ่มขึ้นจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (= n52)

ประเด็น	\bar{X}	SD	ระดับ
	1. ได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.88	0.32
2. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	3.96	0.44	มาก
3. ได้รับความสะดวก และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.15	0.61	มากที่สุด
4. พยาบาลมีการพูดคุยซักถามอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.88	0.32	มาก
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	3.96	0.77	มาก
6. พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด	3.75	0.44	มาก
7. ได้รับการตอบสนองตามประเพณี และศาสนาอย่างเหมาะสมในระหว่างอยู่โรงพยาบาล	3.83	0.55	มาก
8. พยาบาลได้มีการเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้น	3.83	0.55	มาก
9. ได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน	3.94	0.24	มาก
10. ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา	4.00	0.00	มาก
รวม	3.92	0.30	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิจัย ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.30$) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.15$, $SD =$

0.61) รองลงมา คือ ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.00$) ส่วนพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.44$)

ตารางที่ 4 ร้อยละ ผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (Dead with dignity / Good death) (n=45) (ประเมินหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตและหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์) ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต 7 ราย

รายการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยได้สิ้นใจอย่างสงบ อากาศทางกายได้รับการบรรเทา จนอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้ ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต	42	93.33
2. ผู้ป่วยได้สิ้นใจท่ามกลางความอบอุ่นจากญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก	40	88.89
3. ผู้ป่วยสิ้นใจโดยได้รับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คือ ได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของตนเอง ได้แก่ การใส่/ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การปั๊ม (นวด) หัวใจ การให้อาหารทางสายยางต่างๆ	40	88.89
4. ความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการตายของตนเอง ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ สถานที่ที่ต้องการเป็นที่เสียชีวิต พิธีกรรมในงานศพ เป็นต้น	39	86.67
สถานที่ที่ต้องการเป็นที่เสียชีวิต		
- ที่บ้าน (9 คน ร้อยละ 20.00) ได้รับการตอบสนอง	8	88.89
- ที่โรงพยาบาล (36 คน ร้อยละ 80.00) ได้รับการตอบสนอง	31	86.11
5. ผู้ป่วยมีโอกาสได้ สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น ได้พบคนที่อยากพบก่อนเสียชีวิต ได้มอบหมายและสั่งต่องานหรือเรื่องราวที่ค้างคาใจ ได้ทำพินัยกรรมหรือแบ่งสมบัติ เป็นต้น	38	84.44
สรุปการผ่านเกณฑ์ประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี		
- ผ่าน	38	84.44
- ไม่ผ่าน	7	15.56

ไพรินทร์ สมบัติ (2555)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คือการที่ประเมินโดยผู้ดูแลหลัก ตอบใช่ ครบทุกข้อมีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล 31 ราย เสียชีวิตที่บ้าน 9 ราย ในจำนวนนี้มี 7 รายที่ไม่เข้าเกณฑ์การการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี เนื่องจากมีอาการปวดมาก่อนเสียชีวิต เมื่อพิจารณารายละเอียดพบปัญหาการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ยังมีเรื่องค้างคาใจ และการจัดการอาการทางกาย คือ อาการหายใจลำบาก/หายใจไม่

อิม (Dyspnea) และปัญหาอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ 3 ราย ก่อนเสียชีวิตที่บ้าน 2 ราย และที่โรงพยาบาล 1 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 46.7 เป็นโสด ร้อยละ 90 ศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 63.3 มีการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 วัน ร้อยละ 36.7 มีประสบการณ์การทำงาน 10ปีขึ้นไป และจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแล 4-5 คน/เดือน ร้อยละ 43.3

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง (n= 30)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	n	ก่อน		หลัง		T-value	p
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้การประสานงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีความชัดเจนและมีความรวดเร็ว	30	1.867	0.730	3.733	0.640	-10.143	0.000
2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขกับการทำงาน	30	2.067	0.450	4.000	0.455	-15.314	0.000
3. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้การสื่อสารระหว่างทีมมีประสิทธิภาพ	30	2.467	0.629	4.533	0.507	-15.303	0.000
4. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างทั่วถึง	30	2.067	0.691	4.067	0.691	-10.117	0.000
5. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองกับความต้องการ	30	2.200	0.761	3.900	0.548	-9.109	0.000
รวม	30	2.133	0.231	4.047	0.163	-39.371	0.000

*P < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 39.371$) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในทุกประเด็นเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารการพยาบาล สนับสนุนการปฏิบัติ สนับสนุนบุคลากร ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นการมี PCWN ในแต่ละหน่วยงาน และพยาบาลชุมชน ได้ให้คำแนะนำปรึกษา

แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีช่องทางสื่อสารสังคมออนไลน์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ปรึกษาประสานข้อมูลประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี คือระดับความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม ในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของพิชชานันท์ ชนะผล, อธิภรณ์ จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ (2563)⁴ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองด้านที่มีคะแนนความมั่นใจมากที่สุด คือการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน จากการศึกษาวิจัยจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับประเมินอาการปวดของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการปวด ระยะเวลา ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของการปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือปวดน้อยลง บริหารการใช้ยาแก้ปวด ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงได้ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ

และทีปัทศน์ ชินตาปัญญากุล (2563)³ ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาอาการรบกวนในร่างกาย และอาการของโรคมะเร็งมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความรู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลแบบประคับประคองลงสู่การปฏิบัติ เพื่อจัดการกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สบายให้ดีขึ้น ส่วนอาการร่วงซึม/สลิ้มสลิ้อ และอาการเบื่ออาหาร ในวันที่ 7 ที่เพิ่มขึ้นจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.23 อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Verkissen, Hjemstad, Van Belle, Kaasa, Deliens, and Pardon (2019)¹⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของอาการในช่วงเวลาหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มประเทศยุโรป พบว่าความรุนแรงของอาการรบกวนต่างๆในระยะเวลาสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งมักคงที่ ยกเว้นอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการร่วงซึม/สลิ้มสลิ้อ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นในระยะก่อนเสียชีวิต เปรียบเทียบเวลา ≥ 6 เดือน 3-5 เดือน และ 0-2 เดือน ตามลำดับ

นอกจากนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.30$) เนื่องจากเป็นการบริการที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และมีความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับประเด็นในข้อคำถาม “การได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน” ที่พบว่ามีความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 94.2 นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่มุ่งเน้น การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน เมื่อพิจารณาประเด็นพบว่า ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.15$, $SD = 0.61$) รองลงมา คือ ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.00$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ให้ความตระหนักต่อการประเมินความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่เป็นได้ และเน้นในเรื่องของการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดาราพรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561)² ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย และผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดีมีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะเป็น ต้นแบบให้กับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆตลอดจนโรงพยาบาลในภาครัฐสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทข้อจำกัดด้านทรัพยากร สังคมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน
2. การนำเนื้อหาของคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะความรู้เรื่องการทำ Living will สามารถประยุกต์ใช้ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักได้
3. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สามารถสนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติและองค์การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแล คือ การตายดี (Good death) ในประเด็นการจัดการอาการรบกวนโดยเฉพาะ ปัญหาอาการหายใจลำบาก ยังเป็นโอกาสพัฒนา ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต่อไปเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ.: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน.
. (2564). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง*. โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
. (2565). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง*. โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
2. ดารารวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 412-422.
3. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และคณะ. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.
4. พิษานันท์ ชนะผล, จิราภรณ์ จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2563). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 61-69
5. ไพรินทร์ สมบัติ. *แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (dead with dignity/good dead)*. น่าน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว; 2555.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
<https://thaiteri.org/?p=39784>
7. โรงพยาบาลสมุทรปราการ. (2563). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง*. โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
. (2564). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง*. โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
. (2565). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง*. โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
8. ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2017). แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 22-28.
9. ศศิวิมล ปานุราช, เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี. (2561). *ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 14 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. การประชุมวิชาการระดับชาติ "มศววิจัย" ครั้งที่ 11 วันที่ 29-30 มีนาคม 2561, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
10. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2565). *จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี 2564*. สืบค้นจาก
<http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>

ผู้ศึกษา และ คณะขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้นำผลการศึกษานี้ไปเผยแพร่ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และในระดับกระทรวงสาธารณสุข พร้อมกันนี้ขอขอบคุณ นายแพทย์ อิศรา สพสมัย ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PCWN) ของทุกแผนกพยาบาลชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่สนับสนุนในการดำเนินงานและศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมตลอดในการศึกษาครั้งนี้



- 11.สภาการพยาบาล. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative nurse specialist competencies). กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- 12.สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน.
- 13.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ Health data center (HDC service). (2563-2564). ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขา Intermediate & Palliative care. สืบค้นจาก https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
- 14.อัมภวรรณ ใจเปี้ย, อุบล บัวชุม, และ พายุรี ชมพูแก้ว. (2561). การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 84-99.
- 15.อุมาภรณ์ ไชยศาสตร์. (2556). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย*, การประชุมฟื้นฟูวิชาการ วิชาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกรุงเทพ.
- 16.Mahdjoubi D. (2009). Four types of R&D. Texas: *Research Associate*, IC2 Institute;2009.
- 17.Moro, C., Brunelli, C., Miccinesi, G., Fallai, M., Morino, P., Piazza, M., Ripamonti, C. (2006). Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. *Support Care Cancer*. 14(1), 30-37.
- 18.Tittler, M. G., Kleiber, F. C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13, 497-509.
- 19.Verhulst MN, Hjerstad MJ, Van Belle S, Kaasa S, Deliens L, Pardon K. (2019). *Quality of life and symptom intensity over time in people with cancer receiving palliative care*:
- 20.Victoria Hospice Society. (2006) Palliative Performance Scale (PPSv2) See: <https://bit.ly/2HskWhV>
- 21.World Health Organization. (2002). *Pain relief and Palliative Care*. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. (2nd ed.). 86-91. WHO Geneva
- 22.World Health Organization. (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents.
- 23.World Health Organization. (2019). Palliative care overview. <https://www.uth.edu/dotAsset/c77ad8f1-3f85-4bdd-a883-1f9c61903d3c.pdf>
- 24.World Health Organization. (2020). Global atlas of palliative care (2nd ed.). Retrieved October 5, 2020, from <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>