

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

The effect of a care program for end-stage renal failure patients on outcomes of Palliative care

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 27,2023 ; Accepted: June 29,2023)

อดิสร อุดรทักษ์¹, ยวดี คาคีวี¹

Adison Audonthak¹, Yuvadee kadeevee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 19 รายและ ผู้ดูแลจำนวน 19 รายคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์และมอร์เป็นเวลา 1 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = 26.58, p < .001$; $t = 33.14, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -19.27, p < .001$; $t = -24.57, p < .001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะท้ายที่ดีขึ้น และมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ บุคลากรทางสุขภาพอาจนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตวาย ,การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This research was aimed to study the effect of a care program for end-stage renal patients on palliative care outcomes and perceived planning ahead of a calm life in end-stage renal failure patients. 19 cases of terminal illness and 19 caregivers were selected according to the specified criteria. The subjects received a terminal care program built according to Ruland and Moore's late life theory of calm for 1 week. Data were analyzed. with the double tee test statistic

The study found that after the experiment Mean scores for palliative care outcomes by patient perception and by caregiver relatives. It was statistically significantly lower than before the experiment ($t = 26.58, p < .001$; $t = 33.14, p < .001$). and according to relatives' caregiver's perception was significantly higher than before the experiment ($t = -19.27, p < .001$; $t = -24.57, p < .001$). End-of-life care programs help end-stage cancer patients have better care outcomes and have a more peaceful end of life This program may be used by health workers in the care of terminally ill cancer patients in other contexts.

Keywords: renal patients. ,palliative care.

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ที่การดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือ การรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตใด ๆ แต่ มุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรค รักษา คุณภาพชีวิต โดยให้การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและ ครอบครัว การบริการแบบประคับประคองจะช่วยพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีและตายดี ที่สำคัญการดูแล แบบประคับประคองยังช่วยประหยัดงบประมาณด้านการ บริการสุขภาพจากการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นใน ผู้ป่วยระยะท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาการบริการ แบบประคับประคองเพื่อรองรับกับสภาวะสุขภาพของ ประชาชนในประเทศ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ การมีผู้ดูแล สถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการ เคลื่อนไหว รายได้ครอบครัว เป็นต้น โดยการศึกษาใน ประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวยังมีไม่ มากนัก ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากแต่ละการศึกษายังมี ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน เช่น อัตราการกรองของไต ณ วันที่ ปรีक्षा อาชีพ ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม เศรษฐฐานะ การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น⁵ โดยอาจเป็นความ แตกต่างของพื้นที่ประชากรที่ศึกษา

เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิ พื้นฐานของมนุษย์ โดยบุคคลต้องสามารถเข้าถึงบริการและ ได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม³ แต่ในหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาล ศาสตร์ต่างๆ ในประเทศไทยมีการเรียนการสอนเรื่องการ ดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในหลักสูตรน้อย มาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความตระหนักและไม่ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลที่ตามมาคือ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่ได้รับการดูแลที่ เหมาะสม ทนทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ในระยะสุดท้ายที่ ไม่สามารถควบคุมได้ดี รวมถึงขาดการวางแผนการดูแล รักษาล่วงหน้าทำให้บางครั้งผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ก่อ เกิดประโยชน์และไม่ตรงกับความต้องการ⁴

โรงพยาบาลเขาวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 จำนวน 126, 172, 208 และ 154 รายตามลำดับ และในกลุ่ม นี้มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทน ไต ต้องการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 22.22, 20.35 และ 25.00 ตามลำดับ¹ สำหรับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ ระยะแรกของวินิจฉัยโรคว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จนถึงระยะการเสียชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลัง การจากไปของผู้ป่วยด้วย โดยใช้การดูแลตามแนวทางการ ดูแลแบบประคับประคอง ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ ครอบครัวทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็น บุคลากรทางการแพทย์ที่ถือเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแล แบบประคับประคองที่ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยมีการ ประเมินปัญหาจัดลำดับความสำคัญของการให้การดูแลตาม อาการและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อ ชีวิตดังนั้นเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพที่ ดีพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะ ท้ายและส่งเสริมการวางแผนล่วงหน้า โดยเฉพาะพยาบาลใน หน่วยบริการโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำเป็นจำเป็นต้องมี สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองเพราะมีบทบาท สำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาช่วง สุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน²³

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการ บำบัดทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้าง โปรแกรมการพยาบาล ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁸ ซึ่งจุดเน้นของทฤษฎีคือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้เสียชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติหรือเพื่อนสนิท เป็นต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

1.ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2.ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง^{7,13} เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2565 มีสถิติสัมพัทธ์ที่ดีสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจและ มีระดับความสามารถในการทำ

กิจกรรมโดยมี ระดับ คะแนน PPS (The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40 – 70¹² และญาติผู้ดูแล มีจำนวน 19 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเพร็นน้อย สิ่งชี้ข้างซ้าย ที่มีจำนวนประชากรไม่เกิน 100 คนในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับประชากร จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS) ซึ่งสร้างขึ้นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์ไมเคิล ดาวนิง ปัจจุบันพัฒนามาเป็น version 2⁶ แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมทราชนครเชียงใหม่ ปรับปรุงโดย บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ⁸ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ได้เท่ากับ 0.911 และ 0.905 ตามลำดับ

2. แบบประเมิน ESAS

3.แบบประเมิน ความเจ็บปวด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1).แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคร่วม อาการรบกวน ระดับ PPS 2).แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามญาติ ผู้ดูแล เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว 3).แบบประเมินแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดย ศาสตราจารย์จุลีสธีร์น



และศาสตราจารย์ไอริน เจ. อิกกินสัน ในปีพ.ศ. 2542 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90¹⁷ ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดีคะแนนต่ำ หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดีมีอาการรบกวนต่าง ๆ น้อย 4) แบบประเมินการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ^{11,18} ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 ทั้ง 2 ชุด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับคะแนน รวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลและการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ได้รับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1-3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของ

เนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน 5 ด้านประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ ของความมีศักดิ์ศรีด้านการอยู่ในความสงบ และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน^{11,18}

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ขั้นตอนการวิจัย

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45-60 นาที: 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน POS และ PEOLCS 4) เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก 5) ทบทวนความเข้าใจในการเตรียมเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต 6) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระยะท้าย 7) ประเมินความพร้อมเพื่อที่จะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมาย 2) อธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลตาม

โปรแกรม 3) ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้นโดยยึดแนวทางตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 4) สรุปผลการดูแลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายต่อ

ครั้งที่ 4: ใช้เวลา 45-60 นาที 1) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติม 2) ค้นหาสิ่งค้างคาใจและปรารถนาสุดท้าย 3) ช่วยหาแนวทางปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจและการทำตามปรารถนาสุดท้าย 4) พูดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจ ให้ลุล่วง 5) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอยู่ด้วยกัน 6) สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัววางแผนร่วมกันในการจัดการเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต 7) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 : ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมายและติดตามผลจากครั้งที่ 4 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 4 3) พูดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจให้ลุล่วง 4) อภิปรายร่วมกันถึงผลที่เกิดขึ้น 5) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 : ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2) สอบถามถึงสภาวะของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวพร้อมสรุปผลการปฏิบัติตามโปรแกรม 3) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน POS และ PEOLCS โดยประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) ให้ระบายความรู้สึก 5) อธิบายถึงการยุติในโครงการวิจัย 6) กล่าวขอบคุณและบอกช่องทางติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแล

ผลการศึกษา

เป็นผู้ป่วยไตวายระยะท้ายในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวรวม มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 89.47) รองลงมาคือ เบาหวาน 12 ราย (ร้อยละ 63.16) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % 10 ราย (ร้อยละ 52.63) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 78.94) รองลงมาคือ หอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 21.05) และ สับสน 3 ราย (ร้อยละ 15.78)

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.58, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 33.14, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ($n = 19$)

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคอง	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	29.00	1.59	12.05	1.98	26.58	18	.000
ญาติผู้ดูแล	32.15	1.11	8.26	2.55	33.14	18	.000

$p < .001$



จากตารางสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการจึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย

ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -19.27, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -24.57, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ($n = 19$)

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	72.89	8.65	137.63	9.96	-19.27	18	.000
ญาติผู้ดูแล	66.73	10.75	143.57	7.40	-24.57	18	.000

$p < .001$

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับปัญหาและ

ความต้องการของผู้ป่วย โดย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ตารางที่ 3 ร้อยความพึงพอใจต่อวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ($n = 19$)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)	
	มาก	ปานกลาง
1. การประเมินหรือสอบถามปัญหาและความต้องการ	89.47	10.53
2. การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา	89.47	10.53
3. การช่วยเหลือในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	84.21	15.79
4. การจัดการบรรเทาอาการเจ็บป่วย	94.74	5.26
5. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์	100.00	0.00
6. การเอาใจใส่ด้านความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคม	100.00	0.00
7. การส่งเสริมให้ท่านมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นคน	89.47	10.53
8. การสร้างขวัญและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย	94.74	5.26
รวม	92.76	7.24

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลและการวางแผนล่วงหน้าที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ

สังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่¹⁹ ที่พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เช่นกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน (Promarat C, 2017) ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดลงก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณจะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวดเหนื่อยอ่อนเพลียเบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจเป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้ คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ดูแลได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้นมีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยไตวายระยะท้ายและญาติผู้ดูแล เกิดการรับรู้ความสงบในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้

ข้อเสนอแนะผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ควรนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ที่คะแนน PPS มากกว่า 70 คะแนน หรือคะแนน PPS น้อยกว่า 40 คะแนน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จนถึงภายหลังการเสียชีวิตซึ่งควรประเมินทั้งในผู้ดูแลและพยาบาลเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติและทุกระยะของชีวิต

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้าย โรคอื่น ๆ และมีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็น เพื่อให้เกิดการดูแลได้ครอบคลุม เช่น โรคทางสมอง เป็นต้น

2.3 หากเป็นการศึกษาเชิงทดลองในลักษณะเดียวกัน ควรมีกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อที่จะได้เปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. ทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง พ.ศ. 2561-2564
2. เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ. การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. วารสาร พยาบาลศาสตร์ 2556; 31(3): 18-26
3. ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ, ธาวิณี ช่วยแท่น, เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ซิด. ผลของโปรแกรมการอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(2): 122-132
4. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การประชุมวิชาการสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหัวข้อ Palliative Care in End-Stage Renal Disease [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564]. จาก http://www.thaps.or.th/wpcontent/uploads/2017/07/Proposal-THAPS-Conf-2017_PC-in-End-Stage-Renal-Disease-1.pdf
5. อภิรดี อภิวัฒน์นาร, ชิตชนก เรือนก้อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. 2561;10(2):29-43.
6. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat care. 1996 spring; 12(1), 5-11
7. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization (5th ed.). Missouri: Elsevier; 2005.
8. Chewaskulyong B, Sapinan L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S. et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSV2). Palliative med. 2012;26(8),1038-1041.
9. Cohen J. Power primer. Psychological bulletin. 1992;112(1),155-159
10. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care outcome scale. Qual Health Care. 1999;8(4), 219-227
11. Konsuwan W. Nursing for Critically Ill Patients at the end Stage of Life with Technology. Songkhla: Chanmeang publishing; 2015. (in Thai).
12. Nilmanut K. The end of life care. Songkhla: Orange media; 2012. (in Thai).
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods (7th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principle and method (6th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
16. Polit DF, Sherman RE. Statistical Power Nursing Research: Lippincott-Raven Publisher; 1990
17. Pukittayakamee P, Sapinun L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3), 414-420.
18. Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 1998; 46(4), 169-175
19. Suwan P, Sapinun L, Chipoh T, Wongpalee T, Sangwattanasat W, Pongsathapom R, et al. The Palliative Care Outcome of Cancer patients At Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Nursing Journal. 2017;44(2): 89-103. (in Thai)
20. The result of Home Palliative Care Model development, Ban Hong Health Network, Ban Hong district, Lamphun province. Lanna Public Health Journal. 2017;13(1),