

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับ
บริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ

Development of palliative care model for patients at home of appropriate for social
cultural context of community in Amnatcharoen Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ชนิษฐา คงทศิวงกุล¹ นิตยา บัวสาย² ชลิตดา ชันแก้ว²
Khanistha Khongthonsiwakul¹ Nittaya Buasai² Chalitda Khunkaew²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ในการทำ Focus group จำนวน 11 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 47 คน ในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด Focus group เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESASr) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต(2Q9Q) และแบบประเมินความรู้ สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 8 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบการทบทวนซ้ำ 3) พัฒนาการฝึกอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะผู้ดูแล 4) สร้างการประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเองที่สงบคุ้นเคย 5) พัฒนาระบบการประสานงานกับสหวิชาชีพและทุกภาคที่เกี่ยวข้อง 6) ส่งเสริมการมีและใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรและชุมชนให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน การทดสอบความแตกต่างทางสถิติภายหลังการพัฒนา พบว่า ความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPS) ความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS) มีค่าเฉลี่ยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลช่วงท้ายชีวิต, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแล

Abstract

This study was action research. Aim to develop and study of results to home-based palliative care model appropriate for social cultural context of community in Amnatcharoen Province. Sample group consisted qualitative group use doctors, pharmacists, professional nurses, nutritionists, physical therapists for focus group 11 person, Quantitative study group use 8 palliative patients, and 47 caregivers. Research tools used consisted of qualitative instruments, including open-ended questions, and focus groups. Quantitative instruments include general data collection forms, assessment of daily activities (ADL), assessment of patient self-help abilities (PPS), assessment of pain severity (ESASr), mental health assessment (2Q9Q), and knowledge assessment forms. The statistics used were percentages, standard deviations, and before-after comparisons using the Paired t test.

The results of the study found that from the problem analysis, The 8 terminally ill patients, mostly female, 37.50 percent, primary education level 50.00 percent. The development of the model consists of 6

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

important models as follows: 1) Develop a patient assessment system 2) Develop a re-review system 3) Develop training to provide knowledge and skills to caregivers 4) Create an evaluation in a familiar, peaceful home atmosphere 5) Develop a coordination system with multidisciplinary professionals and all relevant parties 6) Promote the existence and use of nursing models for terminally ill patients in organizations and communities to be in the same format. The statistical difference test after the development found that knowledge, self-help skills (PPS), symptom distress (ESASr), and palliative care (PCOS) had a statistically significant improvement at $p < .05$.

Keywords: End of life care model, Palliative care, caregivers

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) ไม่ว่าจะเป็โรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วะยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย¹

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงทั้งโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ยังคงเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การดูแลประคับประคอง รักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยที่มีอาการทรมานป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ซึ่งทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการรักษา ช่วงผู้ป่วยมีชีวิตได้ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ยังหวังกังวล ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแล

ตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้² และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) มากที่สุดพร้อมกับเตรียมครอบครัว ให้พร้อมสำหรับการใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ สามารถปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ ภายในโรงพยาบาล จนถึงชุมชน และตั้งแต่ปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยบริการ เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อตอบสนอง แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันท่วงที และกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ Service Plan ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือที่องค์กรพยาบาลของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงาน ทั้งนี้ มีสาขาการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการพยาบาล: Service Plan สาขา Palliative care เป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เข้าถึงบริการได้รับการดูแลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่แรกเริ่มประเมิณอาการคัดกรอง ให้การพยาบาลดูแลในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลขณะส่งต่อ และจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายทางการพยาบาลให้ผู้ป่วย

แบบประคับประคอง ได้รับการพยาบาลที่ปลอดภัย ประเด็นการพยาบาลที่สำคัญ 1) การประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือการประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้ เครื่องมือประเมิน ได้แก่ การประเมิน PPS การประเมินอาการรบกวน และ การประเมิน Pain Score 2) การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การพยาบาลเฉพาะทางประคับประคอง การให้ความรู้ให้คำปรึกษา และเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว การทำ Family Meeting ระหว่างครอบครัวผู้ป่วย การค้นหาผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย (Key man) การค้นหาผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง (Care Giver) และการประสานทีมสหวิชาชีพและทุกภาคีที่เกี่ยวข้องทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) การวางแผนจัดการสิ่งที่ค้างคาในภาวะที่ยังคงรู้สึกตัวดี (Unfinished Business) 3) การพยาบาลการจัดการอาการรบกวนและจัดการความปวด สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การพยาบาลการจัดการอาการรบกวน และจัดการความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย และ 4) การพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้าน³

หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่ทุกข์คามได้อย่างมีคุณภาพชีวิต ในปีพ.ศ. 2560 โรงพยาบาลอำนาจเจริญได้จัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติงานเต็มเวลา เป็น

ผู้รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่าง ๆ จากสถิติของศูนย์แพทย์โหนดนามแห่ง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มาใช้บริการในพื้นที่ ปี 2562-2564 จำนวน 7 ราย, 11 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ นับว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจาก แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการ เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ⁴ และต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่ง ขอคำปรึกษามายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่ออาการคงที่แพทย์ให้กลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านและส่งต่อการดูแลให้หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ผู้ป่วยในเขตตำบลโหนดนามแห่ง และเครือข่ายบริการในพื้นที่ 4 ตำบล เขตอำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ ตำบลโหนดนามแห่ง ตำบลนาฝือ ตำบลนาวัง ตำบลกุดปลาตุก จะถูกส่งต่อการดูแลมาที่ศูนย์แพทย์โหนดนามแห่งซึ่งเป็นแม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะมีการประสานหน่วยบริการในพื้นที่แต่ละตำบลจัดทีมลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จากการดำเนินที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ยังไม่ชัดเจน ในส่วนผู้ป่วยและญาติยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาล มีภาวะเครียด อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลง ไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้⁵

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยบทบาทพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยการประเมินผู้ป่วย ทบทวนซ้ำให้ ความรู้ฝึกทักษะ และประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเอง สงบคุ้นเคยพร้อมกับการประสานงานกับสหวิชาชีพ และทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการ

พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ให้ชัดเจน และศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลในชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ ในรายผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยเลือกดำเนินการในพื้นที่ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁹ เป็นลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ ทบทวนวรรณกรรม ระดมสมอง เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านในช่วงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีค่าคะแนนตามแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 และญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เครือข่ายศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนหนามแท่ง ตำบลนาฝือ ตำบลนาวัง ตำบลกุดปลาตุก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

2) กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ คือ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน รวม 11 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี (Palliative Performance Scale: (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในเขตพื้นที่เครือข่ายศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนหนามแท่ง ตำบลนาฝือ ตำบลนาวัง ตำบลกุดปลาตุก จำนวน 8 คน และกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 47 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ การสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้ป่วย ทบทวนปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วม และสรุปผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน, แบบประเมินPPS ฉบับสวนดอก กิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESASr) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดำเนินงาน, การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน, ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESASr) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) ระดับความรู้ ระดับความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบในกลุ่มญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ ข้อ 1)

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ในเชิงคุณภาพ พบว่ากระบวนการในการพัฒนารูปแบบเดิมในการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ยังไม่ชัดเจน ไม่มีการใช้เป็นแนวทางเดียวกัน พบปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดจากการเจ็บป่วยและขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล อยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยและญาติบางรายยังเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมการดูแลในชุมชน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความยากในการประเมินบางครั้ง กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพยาบาลผู้ปฏิบัติ ต้องมีประสบการณ์และทักษะในการวางแผนและประสานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน จึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่างกระทรวงผู้ประสานต้องใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 8 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 65 ปี นัศ ถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 87.50 สถานภาพหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 37.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ผู้ดูแลหลัก เป็นพ่อแม่ บุตรหลาน ร้อยละ 75 รายได้เฉลี่ย 13,370 บาท มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 75.00 ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 87.50 เป็นโรคมะเร็งในระบบต่างๆ และอยู่ในช่วงลุกลามไประบบอื่น ร้อยละ 62.50 โรคอื่น ๆ ร้อยละ 12.50 ได้แก่ โรคไตวาย

ระยะสุดท้าย (ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย (COPD) และโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) เป็นผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 25.00 และทราบว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมา 2 เดือน ร้อยละ 37.50 กลุ่มญาติผู้ดูแลจำนวน 47 คน ส่วนมากเพศหญิง ร้อยละ 76.60 อายุส่วนมาก 41-50 ปี ร้อยละ 34.04 อาชีพทำไร่นา ร้อยละ 53.19 ศาสนาพุทธ ทั้งหมด ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษา ส่วนมากมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.91

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ ข้อ 2)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย 6 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบการทบทวนซ้ำ 3) พัฒนาการฝึกอบรมให้ความรู้ฝึก

ทักษะผู้ดูแล 4) สร้างการประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเองที่สงบคุ้นเคย 5) พัฒนาระบบการประสานงานกับสหวิชาชีพและทุกภาคที่เกี่ยวข้อง 6) ส่งเสริมการมีและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรและชุมชนให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ ข้อ 3)

3.1 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS) ในการประเมิน 4 ครั้ง พบค่าเฉลี่ย 42.86, 35.14, 28.00 และ 20.85 ตามลำดับคะแนนซึ่งคะแนนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน PPS ในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

| เยี่ยมครั้งที่ | ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------|---------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 10 | | 20 | | 30 | | 40 | | 50 | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 25 | 2 | 25 | 4 | 50 |
| Mean | 42.86 | SD.8.59 | P value | 0.00 | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 | 2 | 25 | 1 | 12.5 | 3 | 37.5 | 2 | 25 |
| Mean | 37.14 | SD.7.01 | P value | 0.00 | | | | | | |
| 3 | 1 | 12.5 | 2 | 25 | 4 | 50 | 1 | 12.5 | 0 | 0 |
| Mean | 28.00 | SD.8.67 | P value | 0.00 | | | | | | |
| 4 | 2 | 25 | 2 | 25 | 3 | 37.5 | 1 | 12.5 | 0 | 0 |
| Mean | 28.85 | SD.8.87 | P value | 0.00 | | | | | | |

3.2 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านการจัดการความทุกข์ทรมานจาก

อาการ (ESASr) ปวด หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย และคลื่นไส้อาเจียน

ภายหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS)ใน

การประเมิน 4 ครั้ง พบค่าเฉลี่ย 42.86, 35.14, 28.00 และ 20.85 ตามลำดับคะแนนซึ่งคะแนนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนอาการทางกายในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

| ESASr | เยี่ยมครั้งที่ 1 | | | เยี่ยมครั้งที่ 2 | | | เยี่ยมครั้งที่ 3 | | | เยี่ยมครั้งที่ 3 | | |
|------------------|------------------|------|---------|------------------|------|---------|------------------|------|---------|------------------|------|---------|
| | Mean | SD | P value |
| ปวด | 7.34 | 0.93 | 0.00 | 6.31 | 1.27 | 0.00 | 5.37 | 0.84 | 0.00 | 3.26 | 0.78 | 0.00 |
| หายใจเหนื่อย | 7.71 | 1.48 | 0.00 | 6.48 | 1.24 | 0.00 | 4.71 | 1.29 | 0.00 | 2.94 | 1.21 | 0.00 |
| อ่อนเพลีย | 6.91 | 0.95 | 0.00 | 5.6 | 1.28 | 0.00 | 4.97 | 1.15 | 0.00 | 3.17 | 0.92 | 0.00 |
| คลื่นไส้ อาเจียน | 6.26 | 1.33 | 0.00 | 5.54 | 1.09 | 0.00 | 4.62 | 1.23 | 0.00 | 2.97 | 0.89 | 0.00 |

3.3 ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลสุขภาพจิต (2Q9Q)
ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 6 คน และต้องประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q จำนวน 2 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive)

ภายหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย PCOS เท่ากับ 23.68 (SD. 4.08) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย PCOS ลดลงเป็น 5.74 (SD. 1.67) คะแนน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 3

3.4 ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (PCOS)

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลแบบประคับประคอง

| การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS) | คะแนนต่ำสุด | คะแนนสูงสุด | Mean | SD. | P value |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------|------|---------|
| ครั้งที่ 1 | 17 | 32 | 23.68 | 4.08 | <0.001* |
| ครั้งที่ 2 | 4 | 10 | 5.74 | 1.67 | <0.001* |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ครั้งที่ 4 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่ 1 และ 2 เท่ากับ 3.44 และ 15.49 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 4

ภายหลังการพัฒนาพบว่าระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลักที่บ้านจากการสอบถามจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 พบว่า ครั้งที่ 1 ความรู้ของผู้ดูแลหลักส่วน

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้

| ระดับความรู้ | ครั้งที่ 1 | | ครั้งที่ 4 | |
|--------------|-------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| น้อย | 2 | 25 | 0 | 0 |
| ปานกลาง | 4 | 50 | 0 | 0 |
| มาก | 2 | 25 | 8 | 100 |
| | Mean 7.75 SD. P value 0.00 | 2.92 | Mean 15.49 SD. P value 0.00 | 0.70 |

3.6 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

การเปรียบเทียบความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 6.24 คะแนน (SD 1.36 คะแนน)

ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่า 8.48 คะแนน (SD 1.44 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , $t=4.64$ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 การทดสอบคะแนนความรู้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=47)

| รายการ | แปลผล | คะแนนเฉลี่ย | S.D. | t | p-value |
|--------------|---------|-------------|------|------|---------|
| ก่อนการพัฒนา | ปานกลาง | 6.24 | 1.36 | 4.64 | <0.001* |
| หลังการพัฒนา | มาก | 8.48 | 1.44 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.7 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจ

ภายหลังการพัฒนาพบว่า เมื่อประเมินความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 46.74 (SD. 1.85)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคองที่บ้านที่ เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65 ปี เป็นโรคมะเร็งในระบบต่างๆ และอยู่ในช่วง

ลุกลามไประบบอื่นโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย (COPD) และโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และทราบว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยมีค่าคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับ กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ¹²

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคองที่บ้านที่ เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ 2) ประกอบด้วย 6

รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบการทบทวนซ้ำ 3) พัฒนาการฝึกอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะผู้ดูแล 4) สร้างการประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเองที่สงบคุ้นเคย 5) พัฒนาระบบการประสานงานกับสาขาวิชาชีพและทุกภาคที่เกี่ยวข้อง 6) ส่งเสริมการมีและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรและชุมชนชุมชนให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เนื่องจาก การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ควรเน้น การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดำเนินการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ โดยลงเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อประเมินการดูแล ติดตามอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย(PPS) คะแนนลดลงซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะการดำเนินโรคนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการทางสังคม และจิตวิญญาณ ทุกครั้ง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ได้เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวล และการดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีสอดคล้องกับ สุริยพร ศิริยะพันธ์ และคณะ¹³

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่ เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ 3) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนมีการให้ความรู้ผู้ป่วย และผู้ดูแลในทุกระดับ และเมื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องทำให้มีระดับ

ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลักที่บ้านจากการลงเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 4 พบว่า ครั้งที่ 1 ความรู้ของผู้ดูแลหลักอยู่ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ครั้งที่ 4 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่ 1 และ 2 เท่ากับ 7.44 และ 15.49 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 6 คนและต้องประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q จำนวน 2 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่พบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณโดยประเมินพฤติกรรมปรับตัว การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหา ในการจัดการตนเองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตาม ความต้องการของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน¹⁴

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ส่งผลให้การจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) คือ ปวด หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย และ คลื่นไส้อาเจียน เมื่อได้รับการดูแลและคำแนะนำในการจัดการอาการ พบว่าอาการทางกายที่พบมีค่าเฉลี่ยน้อยลง แสดงว่าความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าการ

จัดการรายการณีสหวิชาชีพได้วางแผน และประสานการดูแลกับทีมการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่ดี ผู้ป่วยจึงมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง และ เนื่องจากทีมประคับประคองติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถให้ผู้ป่วยโทรหาพยาบาลได้ตลอดเวลาหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการจัดการพยาบาล ประคับประคอง จะรายงานแพทย์ในทีมประคับประคอง เพื่อสั่งยาหรือลงเยี่ยมบ้าน เพื่อจัดการอาการผู้ป่วยนอกจากนี้ มีระบบPain Clinic เป็นช่องทางในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ สุริพร ศิริยะพันธ์ และคณะ¹³

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS) ลดลงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลน่าน ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมและมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย มีระดับ POS-P และ POS-C ลดลง แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ และ เนื่องจากผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองที่ดีมากขึ้น ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเข้าถึงและได้รับการจัดการความปวด และทุกข์ทรมาน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อ ระบบการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการ และเพิ่มการรับรู้ถึงคุณภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง ควรมีการนำรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้ใน หน่วยงาน บริการปฐมภูมิ และศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง

2. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานต้องมีประสบการณ์และมีทักษะในการวางแผนการประสาน การดูแลกับทีมการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ รวมทั้งการสอนให้ ผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการทางกาย การดูแลด้านจิตใจอารมณ์และสังคม รวมทั้งการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้

3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม วางแผนการดูแล การอำนวยความสะดวก ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ต้องมีบทบาททั้งผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลร่วมในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคลากรศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M.(2018). Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*, 2018 May;55(5):1408-1419. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007. Epub 2018 Jan 31. PMID:29366913.
2. จอนพะจง เพ็งจาด. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร, 30(1), 100-107.
3. ชูติกาญจน์ หลุทัย และคณะ. (2563). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ประทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
4. ปิยววรรณ โภคพลากร. (2560), รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 40-51.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล พิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เภมท์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. อีรพร สติรอังกูร และคณะ. (2561). แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล : Service Plan.ประทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
8. นุชจรินทร์ ไชยสัจ. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3), 45-54.
9. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (mrd ed.). Victoria : Deakin University.
10. Widera E. Primary Palliative Care. *Med Clin North Am*. 2020 May;104(3) : xvii-xviii. doi: 10.1016/j.mcna.2020.02.001. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32312417
11. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023152. 10.
12. กิตติกร นิลมานัต และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล, 33(3), 51-66.
13. สุรีพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 1-14.
14. ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์. (2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอ บ้านโอง จังหวัดลำพูน, วารสารสาธารณสุขล้านนา, 13(1), 25-36.