

ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร

Results of the Practice of Palliative Care Approach of Mukdahan Hospital

(Received: September 29,2020 ; Accepted: November 20,2020)

อารมย์ พรหมดี พย.ม.

Arom promdee M.N.S.

นภาพรรณ จันทร์เต็ม พย.บ.

Naphawan Chantham B.N.S. RN.

มะลิผุย ผิวทอง พย.ม.

Malipai Pewthong M.N.S

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการระหว่างมกราคม 2561- ธันวาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 80 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย จำนวน 30 คน 3) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และ 4) ผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 10 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ในกลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ที่มีค่า PPS < 60% ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจ ก่อน และหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ที่มีค่า PPS < 60% มีการวางแผนล่วงหน้าร้อยละ 100 หลังการใช้แนวทาง ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27, SD = 0.61$) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหารที่ชัดเจน การยืนยันผลของความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย

คำสำคัญ : ผลการปฏิบัติ , แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง , ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

Abstract

This research was action research aimed to studied Result of palliative care practice guideline of Mukdahan Hospital between January 2018 - December 2018. Sample size were 80 people with metastatic cancer , 30 patients with end stage cancer , 30 caregivers and 10 palliative care providers. Data were collected by record from and evaluate from. Data were analyzed by content analysis , descriptive statistic , paired t-test and independent t-test.

The results of the study showed that the quality of nursing service In the group of metastatic cancers with a PPS <60% Average Quality of Life Score And satisfaction level before and after using the palliative care guideline had statistically significant difference at the .05 level ($p < .05$). In transitional and late stage cancers with a PPS <60%, 100% was planning future. After using guideline mean Score of Palliative Care Results decreased statistically significant at the .05 level ($p < .05$). Caregiver satisfaction to palliative care of transitional and late patients total were high level ($X = 4.27, SD = 0.61$). The efficiency of the nursing practice was met with the target criteria. Problems in patient care according to the Palliative Care Guidelines Mukdahan Hospital namely palliative care guidelines clear Mukdahan Hospital Confirmation of the feasibility of use in patients with Metastatic Cancer Transitions and end stages.

Keyword : practice result , palliative care guideline , Cancer patient

บทนำ

สถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย พบว่าคนไทยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง โรคทางหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาวเมื่อโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต(National Health Security Office ,2559)

ประเทศไทย มีนโยบายให้ประชาชนคนไทยได้รับการคุ้มครองด้านสิทธิส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบริการที่พึงได้รับเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตโดยปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายยึดถือปฏิบัติ(สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ,2561) กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีนโยบายให้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสาขาการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ(กองการพยาบาล ,2543) และมาตรฐานการบริการพยาบาลดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต(สำนักการพยาบาล ,2559) และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ,2561) (กองการพยาบาล, 2561)

โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 301 เตียง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย จำนวน 6 แห่ง ในปีพ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับบริการจำนวน 208,219,266 ราย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับบำบัดทดแทนไต จำนวน 157, 224 และ 301 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁶ โรงพยาบาลมุกดาหาร มีนโยบายให้จัดระบบการดูแลแบบประคับประคองสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยในปี 2560 ได้เริ่มการพัฒนาระบบ

บริการเพิ่มศักยภาพพยาบาลไปเรียนต่อเฉพาะสาขา และมีการขยายผลโดยให้ความรู้แก่บุคลากร และมีการนำแบบประเมินอาการปวด แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ และจากการนิเทศทางการพยาบาล เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยใน พบว่าการปฏิบัติทางการพยาบาลแบบประคับประคองดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย มะเร็ง และยังไม่มีความชัดเจนที่กำหนดขั้นตอนการบริการพยาบาลที่ชัดเจน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะประคับประคอง บางรายไม่ได้เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ครอบครัวอาจต้องตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน โดยไม่ได้เตรียมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวมาก่อน และยังไม่มียุทธศาสตร์และการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่เอื้อต่อการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการในทุกมิติ รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง และระบบการติดตามประเมินผลยังไม่ชัดเจน

กลุ่มพยาบาล ได้นำแนวทางการดำเนินงานให้บริการพยาบาลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลทั่วไปถึงในชุมชน ของสำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข(ฐิติณัฐ อัครเดชะนันต์ และ พิกุล พรพิบูลย์ ,2561) มาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ในระยะเริ่มต้นวางเป้าหมายของการดำเนินการพัฒนาคือให้เห็นการวางแผนสู่การปฏิบัติ และวัดผลลัพธ์ วิเคราะห์ปัญหาสู่การปรับปรุงแก้ไขตามวงจรการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของเดมมิง (Deming cycle) วงล้อคุณภาพมี ดังนี้ 1. การกำหนดมาตรฐาน ระบบแนวทาง (Plan) 2. การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Do) 3. การวัดและประเมิน (Check/Study) 4. การแก้ไขปัญหาคือ ขอบการรับรอง (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการแบบประคับประคองโดย ประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตตามมุมมองของผู้ป่วยซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวได้ถูกระบุไว้ในแนวปฏิบัติให้มีการใช้อย่างบูรณาการทั้ง 7 ขั้นตอน และเข้าไปในงานประจำของพยาบาล

ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานระดับจังหวัด ในการจัดระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายจังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ปี 2560-2562 และในฐานะผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชนมีหน้าที่วางแผนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงมีความสนใจ ศึกษาผลของการ

ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่สามารถนำไปขยายผลในสถานบริการอื่นต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) : การกำหนดมาตรฐาน/ ระบุ/ แนวทาง

1. ทบทวนนโยบายการพัฒนาบริการพยาบาล Service plan สาขากการดูแลแบบประคับประคอง ระดับประเทศ ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 10 ระดับจังหวัดมุกดาหาร พบว่าเป็นนโยบายสำคัญที่ถูกบรรจุไว้ในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจาก ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มโรคเมตาบอลิกมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง นโยบาย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมุกดาหาร จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based)

3. จัดประชุมในกลุ่มการพยาบาล เพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการดำเนินงานแบบประคับประคองที่ชัดเจน โดยเชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไข กับการบริการพยาบาลและผลลัพธ์ที่ต้องการ และสอดคล้องกับตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

4. สืบค้นหาข้อมูล และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน เพื่อให้หลักฐานที่ดีที่สุดในการวางแผนการบริการพยาบาลในผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทาง (Do)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน ความรู้ ฝึก

ทักษะ การประเมินผู้ป่วย การสื่อสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การใช้แบบประเมิน การจัดการอาการ การดูแลแบบองค์รวม การให้คำปรึกษา มีการแจกเอกสารแนวปฏิบัติจัดเก็บไว้ที่หอผู้ป่วยเพื่อเตือนความจำ

2. นิเทศทางการพยาบาล กำกับติดตามการปฏิบัติ และสอนพนักงานทุกสัปดาห์ สะท้อนผลการนิเทศกำกับติดตามในที่ประชุมประจำเดือนของ คปสอ. และที่ประชุมคณะกรรมการบริการทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลตามตัวชี้วัดคุณภาพการ (Check)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร รายละเอียดอธิบายไว้ในบทเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 แก้ไขปัญหาข้อบกพร่องเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (ACT)

1. นำเสนอผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปัญหา และอุปสรรคการดำเนินงานผ่านองค์กรพยาบาล โดยเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการบริการพยาบาล มาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมามาเพื่อศึกษาว่า องค์กร/หน่วยงานทำ ได้ดีขึ้นแล้วหรือยัง โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

2. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานสาขากการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 7 ขั้นตอน วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา แก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่องของระบบ/กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นและมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม

ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่คลินิกมะเร็งแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างมกราคม – ธันวาคม 2561 จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

จากงานวิจัยที่เคยศึกษา พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 15 กำหนด α ที่ 0.050 และอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 0.950 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 2 \sigma^2}{g^2}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ คือ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม

g คือผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่าง 2 กลุ่มที่คาดว่า จะเกิดขึ้นหรือยอมรับได้ทางคลินิก (กำหนดขึ้นหรือดูจาก งานวิจัยที่เคยศึกษา)

$Z\alpha$ คือค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่ สอดคล้องกับ α ที่กำหนดในงานวิจัยนี้กำหนด $\alpha=.05$ ค่า $Z=1.645$

$Z\beta$ คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่ สอดคล้องกับ β ที่กำหนดขึ้น เช่น $\beta=.10$ ค่า $Z=1.282$

แทนค่าในสูตร

$n = 39$

ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ก่อนใช้แนวทางและกลุ่มหลังใช้แนวทาง กลุ่มละ 40 คนรวมสอง กลุ่มเท่ากับ 80 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ระยะระยะเปลี่ยนผ่านและระยะ ท้าย ประชากรคือผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย และเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างมกราคม – ธันวาคม 2561 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาล มุกดาหาร ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยมะเร็งเปลี่ยนผ่านและ ระยะท้าย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 219 ราย โดยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนจาก ตัวอย่างได้ ร้อย ละ 5 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane 1973, อ้างถึงใน ธีรวิทย์ เอกะกุล 2543) เนื่องจาก ในช่วงเวลาที่จัดเก็บข้อมูลอาจมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่ง ต้องตัดออกจาก การวิจัยตามเกณฑ์ผู้วิจัย จึงกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างเป็น 30 ราย

3 กลุ่มผู้ดูแล ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะ เปลี่ยนผ่านและระยะท้าย และเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างมกราคม – ธันวาคม 2561 จำนวน 30 คน

4. ผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ขนาด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักโภชน บำบัด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเต็มเวลา และ ผ่านการอบรมเฉพาะทาง PC จำนวน 1คน พยาบาลวิชาชีพ PCWN หน่วยบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบในงานชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางบริการ พยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สร้างโดยสำนักงาน พยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 ประกอบด้วย การ ดำเนินงาน 7 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) การวินิจฉัย

และการให้ข้อมูล 3)การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาล แบบประคับประคอง 4) การให้การพยาบาลแบบ ประคับประคอง 5) การให้การพยาบาลแบบประคับประคอง 6) การวางแผนการจำหน่ายส่งต่อข้อมูล 7)การติดตามเยี่ยมและ ประเมินผล โดยตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาตามกระบวนการ สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และตรวจสอบ คุณภาพความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยการทดลองแนว ทางการจัดการพยาบาลประคับประคอง ในสถานบริการ 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนปรับปรุงเป็น ฉบับสมบูรณ์ฉบับสมบูรณ์และตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผู้วิจัยนำมา ประยุกต์ปรับปรุงในรายละเอียดของเครื่องมือในการประเมินผล ลัทธิทางคลินิก ที่เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละ รายโดยได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและ การรักษาโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการ รวบรวม ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2.2 แบบตรวจสอบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสร้าง ขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ข้อ คือ 1) การริเริ่มพูดคุยกับ แพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับดูแลในอนาคต 2) การหารือกับแพทย์/ พยาบาลในรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการดูแลในอนาคต 3) การ หารือกับแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาดูแลใน อนาคต 4) การทบทวนถึงข้อดี/ ข้อเสียของการวางแผนการดูแล ในอนาคต 5) การแจ้งให้ญาติได้ทราบถึงความประสงค์เกี่ยวกับการ ดูแลในอนาคต และ 6) การตัดสินใจเลือกคนที่จะเป็นผู้ ตัดสินใจแทนในอนาคต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Check list) คือ ปฏิบัติ/ไม่ได้ปฏิบัติ ตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ ทรง คุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .87 และหาความเชื่อมั่นโดย วิธีทดสอบความตรงกันของผู้ประเมิน (Interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยสองคนโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ ลุกลาม จำนวน 10 คนที่มาับการรักษา ที่โรงพยาบาล มุกดาหาร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ ได้รับบริการพยาบาลสร้างโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ สมจิต หนู เจริญกุล (2554) ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึง พอใจในการดูแลที่ได้รับ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่พึง พอใจ พึงพอใจน้อยที่สุด (1) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5) ตรวจสอบ

คุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .96 และหาความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหารซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

2.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแบบทั่วไป short form : SF-36 (วัชร และปรณีย์, 2548) วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบข้อให้เลือกตอบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .86 และหาความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหารซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

2.5 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคะแนน ได้แก่ 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 คะแนน คือ เล็กน้อย/นานๆครั้ง 2 คะแนน คือ บางครั้ง 3 คะแนน คือ รุนแรงเป็นส่วนใหญ่ และ 4 คะแนน คือ มากมาย/รู้สึกไม่ดีกับ ตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และคำถามปลายเปิด 2 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนน เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2562) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณราคา 6 ระดับ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด ไม่พึงพอใจ เกณฑ์ เกณฑ์การให้คะแนนพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจ มาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน มีรายการคำถาม จำนวน 10 ข้อคำถาม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90

2.7 แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จากมาตรฐานการ

พยาบาลของสำนักการพยาบาล พร้อมกำหนดเกณฑ์เป้าหมายจำนวน ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ที่ได้รับการบรรเทาอาการปวด ด้วย Strong Opioid Medication 2) ร้อยละผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) และได้รับการจำหน่ายกลับบ้านได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน 3) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) และได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน 4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) และได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านได้รับการเยี่ยมภายใน 5 วัน โดยพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care) 5) ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ที่มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร 6) ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ภายใน 30 วัน 7) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล 8) ร้อยละของพยาบาลประคับประคองของหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการ ทดสอบค่าที (paired t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของกลุ่มและหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติ ทดสอบด้วย independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่ กระบวนการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กระบวนการดำเนินการ การนัดหมายติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยผู้ป่วยสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาหากต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลในการออกจากโครงการให้ผู้วิจัยทราบ และการออกจากโครงการจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการศึกษา ผู้ศึกษาจะนำไปวิเคราะห์ สรุปผล อภิปรายผล และดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมของการประเมินผลโครงการนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

1.1 กลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม (PPS > 60 %)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 40 ราย และ กลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 40 ราย ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล 2 กลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – Square test) ในเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Fisher's Exact test ในเรื่อง ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในเรื่อง อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็ง ด้วยสถิติ Independent t – test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ

ลุกลาม 10 ด้าน แบ่งเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพลังกำลัง ความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในกลุ่มก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สถานะสุขภาพด้านร่างกาย และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างภายในกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มก่อนใช้แนวทางการจำแนกตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้านร่างกาย และสถานะสุขภาพ ด้านจิตใจ 10 ด้าน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มหลังใช้แนวทาง		กลุ่มก่อนใช้แนวทาง		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D		
สถานะสุขภาพด้านร่างกาย						
1. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	5.50	1.32	5.12	1.14	1.36	0.177
2. ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	5.75	0.87	5.35	0.97	1.93	0.057
3. ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย	6.17	1.08	3.30	0.56	14.88	0.000
4. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	5.97	0.69	5.42	0.68	3.58	0.011
5. ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	6.00	0.72	4.12	1.1	8.95	0.000
สถานะสุขภาพด้านจิตใจ						
1. ด้านพลังกำลังความเหนื่อยล้า	5.42	0.93	4.78	0.25	-336	0.738
2. ด้านภาวะทางอารมณ์	5.97	0.57	5.66	0.87	2.26	0.026
3. ด้านการรับรู้หน้าที่	5.74	1.25	5.63	0.49	1.61	0.111
4. ด้านปัญหาทางสุขภาพ	5.92	0.57	5.78	0.69	2.45	0.018
5. ด้านปัญหาคุณภาพชีวิต	6.07	0.62	4.56	0.4	2.95	0.004

* $P < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มหลังใช้แนวทางและกลุ่มก่อนใช้แนวทาง จำแนกตามคุณภาพชีวิต 10 ด้าน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มหลัง ใช้แนวทาง		กลุ่มก่อนใช้แนวทาง		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D		
สถานะสุขภาพด้านร่างกาย	30.52	2.06	27.30	1.68	7.66	0.000
สถานะสุขภาพด้านจิตใจ	29.40	2.58	25.12	2.66	7.28	0.000

* $P < 0.05$

ความพึงพอใจ เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ากลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจแตกต่างจาก กลุ่มก่อนใช้แนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ในประเด็นการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน และพยาบาลให้เวลาฉันในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของฉัน เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจ พบว่า จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมี

ความพึงพอใจต่อการดูแลระดับมาก ร้อยละ 90.0 และกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองมีความพึงพอใจต่อการดูแลระดับมาก ร้อยละ 60

2. กลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย

(PPS <60 %) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.33 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 70.21 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 80.0 เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 100.0

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) การปฏิบัติกรวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย พบว่า มีการพูดคุยกับแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นในวันข้างหน้า มีการพูดคุยกับแพทย์ พยาบาลถึงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในวันข้างหน้า มีการแจ้งญาติหรือบุคคลในครอบครัวทราบเกี่ยวกับความประสงค์ของตนเองเกี่ยวกับการรักษาในวันข้างหน้า และมีการลงบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือช่วยพยุงชีวิตในสถานการณ์ต่างๆ ร้อย

ละ 100.0 แต่การเลือกคนที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในอนาคตเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง เพียงร้อยละ 70.0

ความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่าความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27, SD = 0.61$) โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในเรื่องการการบรรเทา อาการปวด การเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และการได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale :POS) ผลการทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ของการดูแลการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย พบว่าค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS)หลังการใช้แนวทางในภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งและ โรคอื่นๆ

ประเด็น	n	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง		p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ผลลัพธ์ของการดูแล (POS)	30	31.3	.39	26.1	.47	0.000*

* $p < 0.01$

2. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการให้บริการพยาบาล

ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการให้บริการ พยาบาลแบบประคับประคอง ภาพรวมเทียบกับเป้าหมาย จากการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพในการให้บริการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 ฉบับ พบว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5)

ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 60.00 ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับ Strong Opioid ร้อยละ 66.6 การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) ร้อยละ 60.00 การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ร้อยละ 50.00 และการประเมินครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการสูญเสีย ร้อยละ 55.55 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการพยาบาลหลังการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาล

ลำดับ	รายการประเมิน	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (n=30)	>50.00	60.00
2	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ที่ได้รับการบรรเทาอาการปวด ด้วย Strong Opioid	40.00	66.66
3	การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning)	>50.00	60.00
4	การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย	40.00	50.00
5	การประเมินครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการสูญเสีย	50.00	55.55

ผลวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยตาม
แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาล
มุกดาหาร พบว่ามีปัญหาเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่
กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต อัตราการคัดกรองได้
ตามเกณฑ์ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 60.00 ได้รับการบรรเทาอาการ
ปวด ด้วย strong opioid ร้อยละ 66.66 แต่ยังไม่ปฏิบัติตาม
พยาบาลและเครื่องมือการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสม
กับผู้ป่วย ในแต่ละระยะ และในแต่ละมิติ เช่นมิติกาย จิตใจ สังคม
อารมณ์ จิตวิญญาณ ดังนั้นจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่
เหมาะสมกับผู้ป่วย ในแต่ละระยะ และในแต่ละมิติ เช่นมิติกาย
จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและขาดการคัดกรอง
เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง

อภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

คุณภาพชีวิตกลุ่มโรคระยะเรื้อรังในระยะลุกลาม PPS < 60 % ค่า
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวทางกับกลุ่ม
ก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดย สถานะ
สุขภาพด้านร่างกายของกลุ่มใช้แนวทางการดูแลแบบ
ประคับประคอง มี คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 75.0 สถานะ
สุขภาพด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 62.5 กลุ่มก่อน
ใช้แนวทางสถานะสุขภาพด้านร่างกาย มี คุณภาพชีวิตปานกลาง
ร้อยละ 40.0 สถานะสุขภาพด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตปานกลางร้อย
ละ 32.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล
(2562) (พรเลิศ ฉัตรแก้ว ,2556) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมี
คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยระยะเรื้อรังระหว่างกลุ่มใช้แนว
ทางการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มก่อนใช้แนวทางการ
ดูแลแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่มใช้แนวทางการดูแลแบบ
ประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจแตกต่างจาก
กลุ่มก่อนใช้แนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่ง
หมายถึง กลุ่มใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความพึง
พอใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทุกการศึกษา เช่น การศึกษาของ
รุตินันท์ อัครเดชอนันต์ และพิบูล พรพิบูลย์ (2561)⁹ ศึกษา
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การดูแล
แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะเรื้อรัง พบว่าคะแนนความพึงพอใจ
ต่อกิจกรรมการดูแลในระดับมากขึ้นไปเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ใช้แนว
ปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล
(2562) ภาพรวมของความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคอง
ของผู้ป่วยและ ครอบครัวอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
ในกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย พบว่ามีกรวาง
แผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ร้อยละ 100.0 แต่
การเลือกคนที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในอนาคตเกี่ยวกับการรักษา
ของตนเอง เพียงร้อยละ 70.0 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของวาง
แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและ
ครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการ
ดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดของ Kirschner ,2005&
Starks,2007 อ้างใน พรเลิศ ฉัตรแก้ว ,2556) (ศิริรัตน์ ปานอุทัย
,2563) กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย
ได้รับการดูแลทางทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่า ความ
ปรารถนาและเป้าหมายในการดูแล (goals of care) ของผู้ป่วย
ทั้งนี้ผลที่เกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดการบริการในโรงพยาบาลมุกดาหาร
เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นทำให้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายได้กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเรื่อง
การรักษาร่วมกัน

**ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care
outcome scale :POS)** พบค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome
:POS)หลังการใช้แนวทางในภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ความรู้สึก
หงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง ครอบครัวมี
ความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีเศร้าใจลดลง และผู้ป่วย
รู้สึกดีกับตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท สุจริตร
กุล (2562) พบว่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลัง
ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการให้บริการพยาบาล และ
ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการให้บริการ พยาบาลแบบ
ประคับประคอง ภาพรวมเทียบกับเป้าหมาย ผู้ป่วยนอกและ
ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5)
ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร้อย
ละ 60.0 66 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการครอบคลุม
ปัญหาด้วยแบบประเมิน ESAS ทุกวันในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ร้อย
ละ 53.33 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale: POS ร้อยละ 50.0 ซึ่งได้ตาม
เกณฑ์เป้าหมาย การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มระยะเรื้อรัง ซึ่ง
โรงพยาบาลมุกดาหารยังจำกัดการดูแลแบบประคับประคอง
เฉพาะผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้าย มีการจัดการบริการแต่ยังไม่มีแนวทางการคัดกรองเข้าสู่
ระบบการดูแลที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ วนิษา
พิงชมพู (2557) (สุกัญญา ยงสว่าง ธนวรรณ สีนประเสริฐ และ
ปรณิ เตชรัตน์ ,2558) พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการ

ดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและอาการแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2563) (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ, 2556) พบว่าผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว และที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบประคับประคอง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคองยังคงเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้น ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การสร้างกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสมรรถนะและประสิทธิภาพของพยาบาลประคับประคองต่อไป

ความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27$, $SD = 0.61$) การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล (2562) สุกัญญา ยงสว่าง และคณะ (2558) World Health Organization, 2019 และ ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ (2556) (National Health Commission Office, 2014) ครอบครัวและผู้ดูแลจะมีความพึงพอใจมากเพราะได้รับการดูแลการทุกข์ทรมาน ใส่ใจกับความต้องการของผู้ป่วย

ผลวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร พบการคัดกรองสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า ทำให้อัตราการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามแต่อาการคงที่ ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้ายแม้ว่าจะได้ตามเกณฑ์ในผู้ป่วยมะเร็งกว่าเกณฑ์ แต่ในผู้ป่วยโรคอื่นเช่นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตยังเข้าระบบดูแลแบบประคับประคองน้อยมาก สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ วณิช พิงชมพู (2557) พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและอาการแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าสู่ระบบดูแลแบบประคับประคองระดับประคับประคองซึ่งสอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014)¹⁵ ควรประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายแต่เนิ่นๆ เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย (เต็มศักดิ์ พิงค์ศรี, 2556) ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

2. ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ในแต่ละระยะแต่

ละโรค และในแต่ละมิติ เช่นมิติกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญห (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous) พยาบาลยังขาดสมรรถนะการดูแลแบบองค์รวมด้านร่างกาย และจิตใจ ประเมินได้จากการได้รับ การคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 60.0 66 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการครอบคลุมปัญหาด้วยแบบประเมิน ESAS ทุกวันในขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 53.33 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS ร้อยละ 50.0 สมรรถนะจากการวิเคราะห์และจากการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองพบว่าสมรรถนะพยาบาลไม่เพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งในระยะการพัฒนาในวงจร เดมมิง (Deming cycle) รอบที่ 2 ในขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่นผลงานวิจัย และแนวปฏิบัติอื่นที่เป็นการดูแลแบบประคับประคองมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ขึ้นภายใต้ความร่วมมือของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยยึดเป้าหมายหลักการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายที่สำคัญคือคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) (National Health Commission Office, 2014&WHO, 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล รายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

2. ควรเสนอเป็นนโยบายนำรูปแบบนี้ไปขยายผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับเขตสุขภาพที่ 10

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับจำนวน วันนอน ค่าใช้จ่าย ในหอผู้ป่วย

2. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- National Health Security Office. (2559). Handbook of the Long term Health Care System for the Dependent Elderly Stage. National Health Security Office. (In Thai).
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2561). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: บริษัทสามดีพรินต์อวิชั่น จำกัด .
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2543). การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักการพยาบาล.(2559).ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองปทุมธานี : สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.(2561). เอกสารตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2561. (เอกสารอัดสำเนา).
- มารยาท สุจริตวรกุล. (2562). ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 44(2),97-108.
- ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ และพิบูล พรพิบูลย์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง.พยาบาลสาร, 45(3), 69-82.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว .(2556). การวางแผนล่วงหน้าเพื่อแสดงความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต. ลักษมี ชาญเวช ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). The DAWN of PALLIATIVE CARE in THAILAND.(189-198). กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- วนิดา พิงชมภู.(2557). สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. พยาบาลสาร41(4), 166-177.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย.(2563). การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ (Palliative Care Nursing for Older Persons).พยาบาลสาร ,47(1),454-464.
- สุกัญญา ยงสว่าง ชนวรรณ สีนประเสริฐ และปราณี เตชรัตน์ (2558) . พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย แบบประคับประคองวารสารการแพทย์ เขต 4,5. 34 (3),236-47.
- ทัศนีย์ เทตประสิทธิ์ และคณะ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 80-90.
- World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 1014.[Electronic version]. Retrieved October 6, 2019 Retrieved from http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
- 14.เต็มศักดิ์ พิงรัศมี. (2556). ทรรศนะทางจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต.ลักษมี ชาญเวช ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). The DAWN of PALLIATIVE CARE in THAILAND.(189-198). กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- National Health Commission Office. (2014).National Policy on Palliative Care in Thailand. [online] Available at [2019 August24].https://en.nationalhealth.or.th/wpcontent/uploads/2017/11/NationalPolicyonPCare2015_09_17-1.pdf.