

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
The result of Home Palliative Care Model development,
Ban Hong Health Network, Ban Hong district, Lamphun province

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์, พบ., วว., เวชศาสตร์ครอบครัว Chortip Promarat, MD., Dip.
Thai Board of Family Medicine

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน Banhong hospital, Lamphun

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับให้การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่จากการปฏิบัติพบว่ารูปแบบการดูแลยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตลอดจนการจัดการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยังไม่ครบทุกมิติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้าย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและวางแผน ระยะดำเนินการให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านตามแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผล ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale; POS) ในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 – มิถุนายน พ.ศ. 2559 มีการวัดผลก่อนและหลังการดูแล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 41 คน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม และมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้ว ทำให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยลดลงจาก 19.29 (SD. 2.25) เป็น 10.07 (SD. 2.30) และลดลงจาก 17.02 (SD. 1.98) เป็น 8.63 (SD. 2.09) ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.001$) ดังนั้นสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่งทำให้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน การดูแลแบบองค์รวม ทีมสหสาขาวิชาชีพ

Abstract

Currently, patients who received palliative care are greater number and they have received home visits and palliative by a multidisciplinary team, but the practice also found that the care model is unclear. Patients not received cared for holistically, as well as the condition of the patient has not reached all dimensions. This affects the quality of life in patients. Therefore, the research to study the effect of the development of home palliative care, Banhong District. This study is an action research., divided into 3 phases: 1) preparation and planning committee meetings 2) Provides palliative care in home-based practice and home visits have continued under the guidance of Banhong comprehensive care model in November 2015 - June 2016 3) Evaluation by palliative care outcome scale in patients and care givers. The results were 41 patients, after the patient received continuous care and holistic care by a multidisciplinary team with partners in the community. The palliative care outcome scale in patients and caregivers are the main results; the scales are reduced from 19.29 to 10.07 and reduced from 17.02 to 8.63 respectively (P-Value < 0.001). Conclusion, after development of home palliative care by Banhong Health Network District, patients have improved palliative care outcome scale significantly.

Key words: palliative care at home, holistic care, multidisciplinary team

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมากขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น อีกทั้งประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ปัจจุบันที่มีความทันสมัย จึงทำให้ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมีช่วงเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ต้องมีการดูแลภาวะต่างๆ ในระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (สุพัตรา ศรีวานิชชกร, 2554) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยเองและครอบครัว (กรมการแพทย์, 2557) จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 รายต่อแสนประชากรในปี 2555 เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทย โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า

จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 รายต่อแสนประชากร ในปี 2555 สำหรับโรคหลอดเลือดสมองพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 รายต่อแสนประชากร ในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 (กรมการแพทย์, 2557) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติพบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่ปี 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 25,457 ราย เป็น 58,385 ราย (วนิชา พิงชมภู, 2557) ซึ่งจากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองที่มากขึ้น

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคระยะสุดท้ายที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (Advance diseases with poor prognosis) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer) และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Old age with dementia) (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,

2558) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งนอกจากการดูแลทางด้านร่างกาย และการจัดการอาการรบกวนต่างๆ แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องมีญาติและครอบครัวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการรักษาแบบประคับประคอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการเอาใจใส่ของญาติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า เสียชีวิตอย่างสงบ มีศักดิ์ศรีเป็นมนุษย์ ท่ามกลางญาติพี่น้องใกล้ชิด

จากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนมากขึ้น โดยในเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 152 คน และเพิ่มเป็น 174 คน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 32 คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย 22 คน โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต 35 คน โรคหัวใจล้มเหลวระยะท้าย 5 คน โรคหลอดเลือดสมองที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี 6 คน โรคติดเชื้อที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี 4 คน และผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 70 คน (โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง, 2558) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับให้การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่จากการปฏิบัติพบว่า ในการดูแลยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน การดูแลโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่โรคและการรักษามากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตลอดจน การจัดการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลบ้านโฮ่งร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ญาติ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลแบบประคับประคอง ที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในบ้านเขตอำเภอบ้านโฮ่ง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559 ที่กลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้าน ใช้วิธีกำหนดตัวอย่างตามคุณสมบัติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 41 คน Inclusion criteria 1) มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบ้านโฮ่ง 2) ยินยอมการรับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง Exclusion criteria 1) มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบ้านโฮ่ง แต่ปัจจุบันไม่อยู่ในพื้นที่แล้ว 2) ไม่ยินยอมการรับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 41 คน

การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและวางแผน ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ระยะเตรียมการและวางแผน

1. ประชุมจัดตั้งคณะกรรมการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง
2. จัดอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้ง อสม. จิตอาสา
3. จัดตั้งเครือข่าย บุญรักษา บ้านโฮ่ง เพื่อให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเกิดการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล สู่ครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน

4. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์การแพทย์หมุนเวียนเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอบ้านไธสง เพื่อให้ผู้ป่วยได้หมุนเวียนยืมไปใช้ที่บ้าน

5. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพบ้านไธสง โดยให้การดูแลตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2558)

6 ด้าน ดังนี้

ด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่แรกวินิจฉัย จนถึงวาระสุดท้าย พร้อมทั้งให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว

ด้านการดูแลแบบองค์รวมมุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมาน ให้การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีแนวทางในการประเมินและจัดการอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วย

ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ศูนย์องค์รวม การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การเชื่อมโยงข้อมูลในกลุ่ม line องค์รวม คปสอ. บ้านไธสง มีการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางของ Banhong comprehensive care model โดยแบ่งตามระดับ PPS (Palliative care outcome scale) เป็นสีแดง เหลือง เขียว (สีแดง PPS 0-30 สีเหลือง PPS 40-60 สีเขียว PPS 70-100)

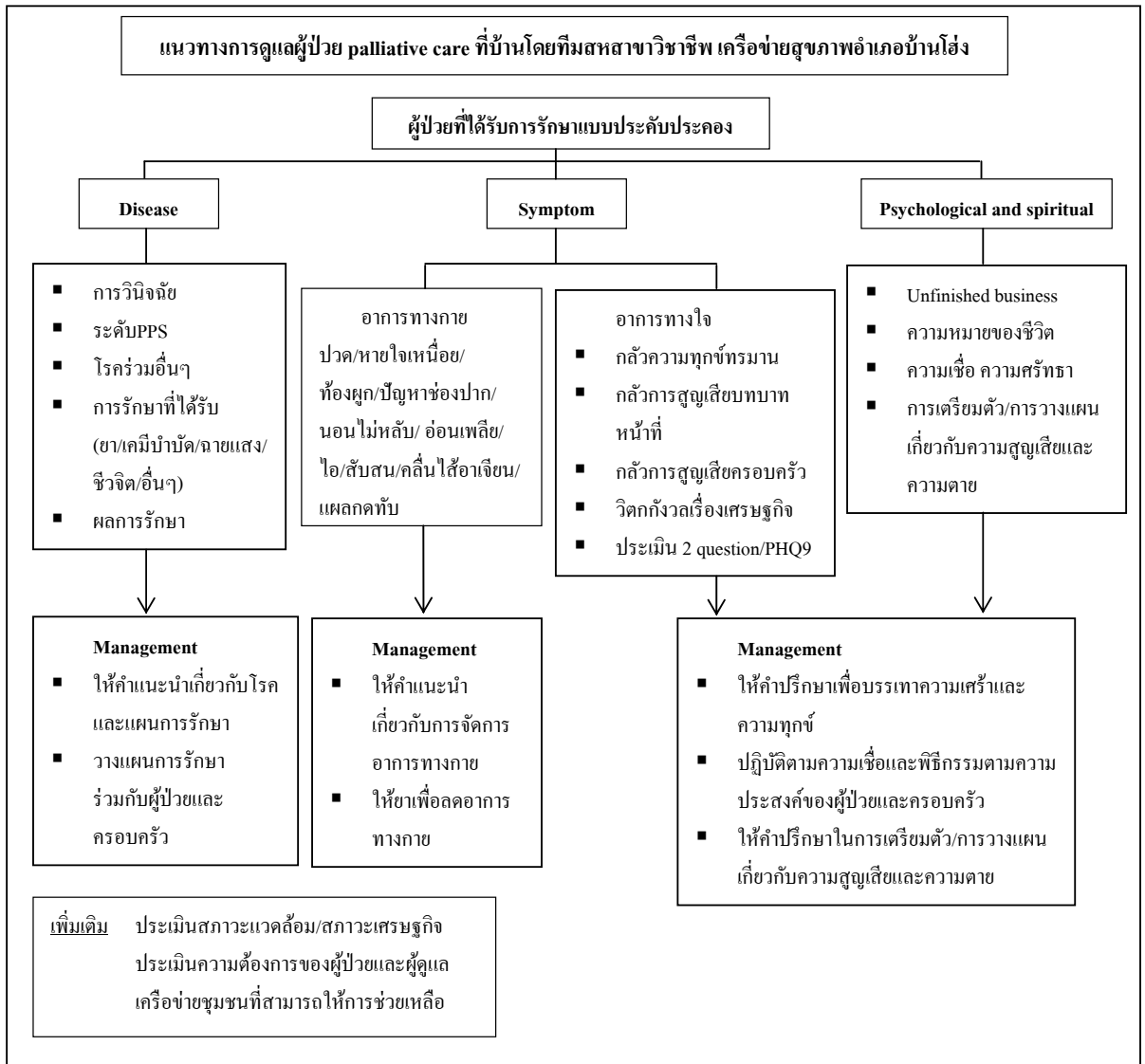
ด้านการดูแลแบบเป็นทีม มีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รพสต. เครือข่ายจิตอาสา อสม. มีการประสานกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

ด้านการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน มีระบบการประเมินและการสอน caregiver ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในส่วนของผู้ป่วยที่เคย/ไม่เคย มารับการรักษาในโรงพยาบาล จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์การแพทย์หมุนเวียนเพื่อผู้ป่วยระยะท้ายอำเภอบ้านไธสง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้หมุนเวียนยืมไปใช้ที่บ้าน

ด้านการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลวาระสุดท้ายที่บ้าน สนับสนุนในเรื่องของความเชื่อและพิธีกรรมที่ผู้ป่วยและญาติมีประสงค์

ทั้งนี้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ได้ผ่านการตรวจสอบโครงสร้างและความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานสาขาสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างละ 1 คน โดยได้ค่า IOC 0.6-1.0 และได้มีการปรับแก้เนื้อหาตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้แนะนำแล้ว

6. ชี้แจงการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสงแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมดูแลผู้ป่วย



ระยะดำเนินการให้การดูแลแบบประคับประคอง แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องตามแนวทางของ Banhong comprehensive care model ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559 รวม 9 เดือน

ระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค ระดับความรุนแรง อาการรบกวน และข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง palliative care outcome scale for patients (POS-P) สำหรับผู้ป่วย และ palliative care outcome scale for carers (POS-C) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย แปลเป็นภาษาไทยโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช เชียงใหม่ ประกอบด้วย การควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ระดับของการดูแลสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ความวิตก

กังวล ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงเวลารอคอยการดูแลรักษา ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหา/ความต้องการของครอบครัวอย่างครอบคลุม

คำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คะแนน 0-4 คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 40 ส่วนข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ถามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นคำถามระดับ PPS ซึ่งไม่นำมาคิดเป็นคะแนน

ประเมินผลครั้งที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ขณะที่ไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลแบบ

ประคับประคองในครั้งแรก

ประเมินครั้งที่ 2 หลังจากที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสัมภาษณ์เมื่อไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในครั้งต่อไป และห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 1 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair T test

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	63.41
หญิง	15	36.59
อายุ Mean(SD)	68.93(13.72)	
สถานภาพ		
คู่	14	34.14
หม้าย	23	56.10
หย่าร้าง	4	9.76
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	26.83
ประถมศึกษา	21	51.22
มัธยมศึกษา	6	14.63
อื่นๆ	3	7.32
อาชีพ		
อาชีพรับจ้างทั่วไป	7	17.08
เกษตรกร	6	14.63
ข้าราชการ	0	0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28	68.29
รายได้ต่อครัวเรือน		
<5,000 บาท	7	17.07
5,000-10,000 บาท	22	53.66
>10,000 บาท	12	29.27

ผู้ป่วยจำนวน 41 คน เป็นเพศชายร้อยละ 63.41 เพศหญิงร้อยละ 36.59 อายุเฉลี่ย 68.93 (13.72) ปี ผู้ป่วยมีสถานะหม้าย คู่ และหย่าร้าง ร้อยละ 56.10, 34.14 และ 9.76 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 51.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 26.83 ไม่ได้เรียนหนังสือ

ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.29 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 17.08 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป อีกร้อยละ 14.63 ทำอาชีพเกษตรกรรม ผู้ป่วยมีรายได้ต่อครัวเรือนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยูในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.66

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระดับความรุนแรง อาการรบกวนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	จำนวน	ร้อยละ
Disease		
Cancer	18	43.90
Advance disease	21	51.22
Old age with dementia	2	4.88
Palliative performance scale (PPS)		
0 - 30	28	68.29
40 - 60	6	14.64
70 - 100	7	17.07
Symptom		
Dyspnea	15	36.56
Pain	12	29.27
Fatigue	30	73.17
Insomnia	25	60.98
Nausea/vomiting	5	12.20
Constipation	16	39.02
Psychological symptom		
No depressive	10	24.39
Mild depressive	19	46.78
Moderated depressive	11	26.83

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.22 เป็นโรคระยะสุดท้ายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ โรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคติดเชื้อ (Sepsis) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย (COPD) โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 43.90 และร้อยละ 4.88 เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Old age with dementia) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ Palliative performance scale (PPS) อยู่ในช่วง 0 - 30, 70 - 100 และ 40 - 60 คิดเป็นร้อยละ 68.29, 17.07 และ 14.64 ตามลำดับ อาการทาง

กายที่พบได้บ่อย คือ อ่อนแรง (Fatigue) ร้อยละ 73.17 นอนไม่หลับ ร้อยละ 60.98 รองลงมา ได้แก่ ท้องผูก (Constipation), หายใจเหนื่อย (Dyspnea), ปวด(Pain), คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea/vomiting) ร้อยละ 39.02, 36.56 , 29.27 และ 12.20 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 46.34 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depressive) ร้อยละ 26.83 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive) ร้อยละ 24.39 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (no depressive) และมีภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง ร้อยละ 2.44 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
คู่สมรส	14	34.14
ลูก	17	41.46
หลาน	4	9.76
พี่น้อง	6	14.64
เพศ		
ชาย	17	41.46
หญิง	24	58.54
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	12.20
ประถมศึกษา	20	48.78
มัธยมศึกษา	15	36.58
อื่นๆ	1	2.44
อาชีพ		
อาชีพรับจ้างทั่วไป	15	36.58
เกษตรกรรวม	14	34.14
ข้าราชการ	5	12.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	17.08

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกคน มี ผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 43.90 รองลงมาเป็น ลูก พี่น้อง และหลาน คิดเป็นร้อยละ 36.59, 14.63 และ 4.88 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และ

ประถมศึกษา ร้อยละ 48.78 และ 36.58 ส่วนร้อยละ 12.20 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 36.58 และ 34.14 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่า POS-P และ POS-C เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ปัญหาและความต้องการ	POS-P			POS-C		
	ก่อนการดูแล Mean (SD.)	หลังการดูแล Mean (SD.)	P value	ก่อนการดูแล Mean (SD.)	หลังการดูแล Mean (SD.)	P value
1. อาการปวด	0.56 (0.89)	0.34 (0.52)	0.005	0.56 (0.90)	0.32 (0.47)	0.003
2. อาการอื่นๆ	2.39 (0.54)	1.51 (0.59)	< 0.001	2.15 (0.61)	1.43 (0.59)	< 0.001
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.75 (0.58)	1.24 (0.62)	< 0.001	2.63 (0.58)	1.22 (0.61)	< 0.001
4. ความวิตกกังวลของครอบครัว	2.83 (0.54)	1.46 (0.60)	< 0.001	2.65 (0.57)	1.24 (0.62)	< 0.001
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	2.07 (0.26)	0.63 (0.54)	< 0.001	1.26 (0.71)	1.56 (0.55)	< 0.001
6. การได้ระบายความรู้สึก	2.39 (0.49)	1.66 (0.73)	< 0.001	2.17 (0.54)	1.22 (0.65)	< 0.001
7. ความรู้สึกซึมเศร้า	1.49 (0.60)	0.73 (0.67)	< 0.001	1.49 (0.66)	0.63 (0.66)	< 0.001
8. ความรู้สึกดีต่อตนเอง	0.95 (0.59)	0.83 (0.67)	0.058	0.71 (0.64)	0.53 (0.67)	0.181
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	2.21 (0.47)	0.90 (1.02)	< 0.001	1.85 (0.61)	0.85 (0.94)	0.001
10. การได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ	1.63 (0.49)	0.76 (0.70)	< 0.001	1.54 (0.50)	0.61 (0.58)	< 0.001
คะแนนเฉลี่ย POS	19.29 (2.25)	10.07 (2.30)	< 0.001	17.02 (1.98)	8.63 (2.09)	< 0.001

ก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS-P เท่ากับ 19.29 (SD. 2.25) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องแบบองค์รวมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS-P ลดลงเป็น 10.07 (SD. 2.30) คะแนน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS-P รายข้อ พบว่าอาการปวด อาการอื่นๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลของครอบครัว การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา การได้ระบายความรู้สึก ความรู้สึกซึมเศร้า การเสียเวลารอคอยการรักษา และการได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ มี

คะแนน POS-P ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ยกเว้นคำถามที่ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ที่มีคะแนน POS-P ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.058$) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย POS-C เท่ากับ 17.02 (SD. 1.98) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องแบบองค์รวมทำให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS-C ลดลงเป็น 8.63 (SD. 2.09) คะแนนซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS-C รายชื่อผู้ดูแลของผู้ป่วย พบว่าคะแนน POS-C ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อเช่นเดียวกัน ยกเว้นคำถามว่า ญาติคิดว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ ที่มีคะแนน POS-P ดีขึ้นแต่ยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.181$)

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสงทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีแนวทางการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้นช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและ ผู้ดูแลของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแสดงถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบความต้องการด้านร่างกายจิตใจจิตวิญญาณและสังคม ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังได้รับการดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหรือความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเพราะไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม และยังระยะของโรคเป็นนานขึ้นระดับความรุนแรงหรือความเจ็บป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความมีคุณค่าในตัวเองลดลงตามไปด้วย

อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ที่มีการดูแล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน มีการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมและมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมีระดับ POS-P และ POS-C ลดลง แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลน่าน ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และ วรพรรณ ขำนาญข่าง, 2557) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลคำมวง ภาพสินธุ์ ที่มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวม ภายใต้ สังคม จิตวิญญาณโดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแลทำให้ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจมาก (ประวีณา ปรีดี, 2556) และในการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน รพ อุตรธานี ที่พบว่า ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพอใจในระดับสูง (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธุ์ และยุพงค์ พุฒธรรม, 2556)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบความต้องการด้านร่างกายจิตใจจิตวิญญาณและสังคม ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อสัมภาษณ์ที่ว่า เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังได้รับการดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหรือความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเพราะไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม และยังระยะของโรคเป็นนานขึ้น ระดับความรุนแรงหรือความเจ็บป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความมีคุณค่าในตัวเองลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าปัญหา

สุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริญญญา โทมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ, 2548)

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะการดำเนินโรค ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการทางสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ทีมสามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ ได้เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล และการดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (สุพัตรา ศรีวานิชชากุล, 2554) ในผู้ป่วยบางรายพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อาจไม่มีความรู้ ความเข้าใจเท่าที่ควร และไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ประกอบกับ บางรายผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาซับซ้อน ดังนั้น ต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนและเครือข่ายเป็นรายกรณี จากการศึกษาพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ยังให้การดูแลไม่ครอบคลุมผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ที่มี palliative performance scale น้อยกว่า หรือเท่ากับ 30 ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในอำเภอ

บ้านไธสง และได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่นๆ (คิดเป็นร้อยละ 23.56 ของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด) ซึ่งเมื่อได้รับการส่งต่อข้อมูลมาไม่สามารถจัดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลที่บ้านได้ทัน และไม่สามารถจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมได้ แต่มีแนวทางการแก้ปัญหา คือให้ทีมเครือข่ายในพื้นที่ไปประเมินและให้การดูแลในเบื้องต้นก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่อำเภอบ้านไธสง ที่ได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่นๆ จากชุมชนเข้าสู่โรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง และครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรพัฒนาทักษะการใช้ภาษาถิ่นของผู้สัมภาษณ์ หรือ แปลภาษาในการสัมภาษณ์ให้เป็นภาษาถิ่น เพื่อให้สามารถอธิบาย คำถามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจยาก และอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้คะแนนเช่น คำถามเกี่ยวกับการได้รับการระบายความรู้สึก ความรู้สึกดีต่อตนเอง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
3. ควรมีการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่คงที่ แน่นนอน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไธสง และทีมผู้ดูแลแบบประคับประคองเครือข่ายบริการอำเภอบ้านไธสง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. 72 ปีกรมการแพทย์, หน้า 1-2.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพดี, ศศิพันธ์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธ์ และยุพงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 23(1), หน้า 81-90.
- นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และวรวรรณ ชำนาญช่าง. (2557). ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 31(2), หน้า 183-192.
- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วิทยาลัยใหญ่ ฉบับสวนดอก. (สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559) แหล่งข้อมูล: URL: http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_thai_01.pdf
- ประวีณา ปรีดี. (2556). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลคำม่วง*. (สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2559); แหล่งข้อมูล: URL: <http://rdhsj.moph.go.th/62/662/13.pdf>.
- ปริญญ์ ไตมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(1), หน้า 28-37.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2551). *Basic palliative care for district hospital team*. ศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง The palliative care outcome scale: POS*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, หน้า 1-16.
- วนิชา พิงชมภู. (2557). สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 41(4), หน้า 166-177.
- สุพัตรา ศรีวานิชธาร. (2554). การเฝ้าระวังด้วยหัวใจและศรัทธา. *ก่อนจะถึงวันสุดท้าย*, 2(5), หน้า 1-7.
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care; 2006. (สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2558); แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>