

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

Palliative Outcome Score, Stress and Depression of the Caregivers after Implemented Home-Based Palliative Care Guideline among Terminally Ill Patients of Primary Care Network, Phrao District, Chiang Mai Province

สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง* พบ.,ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

Sukontip Boonyoung* M.D.,

Dip.Thai Board of Family Medicine

กาญจนา วิสัย** พย.ม.

Kanjana Wisai** M.N.S.

(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

(Psychiatric and Mental Health Nursing)

* โรงพยาบาลพร้าว อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ Phrao Hospital Chiang Mai Province, Thailand

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพร้าว จ.เชียงใหม่ Phrao Public Health Office Chiang Mai, Thailand

Received: Jun 22, 2020

Revised: Jul 25, 2020

Accepted: Oct 8, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายรวมทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับมาดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จำนวน 32 คน และกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 32 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านที่พัฒนาขึ้นใหม่ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative outcome scale, POS) แบบวัดความเครียดฉบับย่อ (ST-5) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามของกรมสุขภาพจิต วัดผลการดูแลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน POS และค่าเฉลี่ยคะแนน ST-5 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนน POS ลดลงจาก 14.22 (S.D.=7.31) เป็น 9.69 (S.D.=6.78) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลงจาก 4.13 (S.D.=3.48) เป็น 2.84 (S.D.=3.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ามลดลงจากร้อยละ 34.40 เป็นร้อยละ 12.50 ดังนั้น การใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้น ช่วยลดความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะท้าย, ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก, แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ABSTRACT

This quasi - experimental research in one group aimed to determine palliative outcome, stress, and depression scores, of the caregivers after implementing the home-based palliative care guideline among terminally unwell patients in Phrao district's primary care network during July - September 2017. The samples included 2 groups, firstly, 32 palliative patients who received palliative care at home, and, secondly, their caregivers. The sampled patients were purposively selected from the primary care network. The evaluation of outcomes performed before and after implementing the home-based palliative care guideline for Phrao district's primary care network. Data collection method used Palliative Care Outcome Scale (POS) in a short version of a stress questionnaire (ST-5) and 2 questions of depression screening test of the Department of Mental Health. The paired t-test compared the means of palliative care outcome scores (POS) and stress test scores (ST-5). The data of risk were analyzed by descriptive statistics for characteristics and depression of the caregivers and presented in numbers, percentages, means, and standard deviations. The results revealed that after 32 patients received the implementation, the mean scores of POS significantly decreased from 14.22 (S.D.=7.31) to 9.69 (S.D.=6.78) and the mean score of caregivers' stress significantly decreased from 4.13 (S.D.=3.48) to 2.84 (S.D.=3.49). Number of caregivers at risk of depression decreased from 34.40% to 12.50%. After the implementation, the patients improved palliative care outcome score and significantly reduced caregivers' stress and risk of depression.

Key words: Terminally ill patients, Stress and depression of the caregivers, Home-based palliative care guideline.

บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อัตราตายจากโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2559 มีจำนวน 63,272 ราย คิดเป็นอัตรา 98.50 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 77,566 ราย คิดเป็นอัตรา 119.30 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นจาก 72.10 ต่อแสนประชากร เป็น 107.20 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากปี พ.ศ. 2557 จำนวน 228,832 คน คิดเป็นอัตรา 352.30 ต่อแสนประชากร

เพิ่มเป็น 293,463 คน คิดเป็นอัตรา 451.39 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.96 (จาก 102,330 คน เพิ่มขึ้นเป็น 113,548 คน) ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะยาว (กรมการแพทย์, 2557) เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วย

และครอบครัว การดูแลที่มุ่งเน้นแต่เพียงรักษาอาการของโรคทางกายในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว นั้นยังไม่เพียงพอ เพราะการต้องอยู่กับสภาพโรคที่ไม่หายอย่างยาวนานส่งผลกระทบต่อมิติด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย (คาริน จตุรภัทรพร, 2554)

จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในพื้นที่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 พบว่า มีจำนวน 191, 199 และ 205 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรงมาก (คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) อำเภอพร้าว, 2560) แต่เดิมผู้ป่วยเหล่านี้ต้องนอนติดเตียงอยู่ที่โรงพยาบาลส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากการอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ ห่างไกลครอบครัวและไม่มีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่คาดหวังในช่วงสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งยังก่อเกิดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ต้องเดินทางมาเยี่ยมมาเฝ้าไข้ที่โรงพยาบาลด้วย (ลัญญ์ศักดิ์ อรรถมยกร และคณะ, 2560) ในปี พ.ศ. 2559 คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอำเภอพร้าว ได้เริ่มส่งผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายที่มีอาการคงที่แล้ว และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปดูแลต่อที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิและมีทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอของโรงพยาบาล (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) ร่วมดูแลเป็นระยะ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้มีความอุ่นใจ เพราะได้อยู่กับครอบครัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะท้าย

ดังนั้น การสร้างแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิโดยการทำงานเชื่อมโยงกับแพทย์ประจำทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจึงมีความจำเป็น เพื่อการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้นให้ครบทุกมิติ ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการค้นหา การประเมินอาการ และแก้ไขอาการทางกาย ประคับประคองเยียวยาจิตใจ การเสริมสร้างพลังใจและบรรเทาความเครียดของผู้ดูแล

ของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ หลักไปพร้อมกันด้วยเป็นมาตรฐานเดียวกันในพื้นที่ซึ่งจะช่วยให้การรักษาราบรื่นในระยะยาว เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการดูแลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับสภาพปัญหาและหาทางออกได้อย่างนุ่มนวล (soft landing) (Pairojkul, 2013; WHO, 2002) การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคอง และเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเพื่อวัดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ถูกส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านและญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ซึ่งพักรักษาตัวแบบประคับประคองที่บ้านต่อเนื่องในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย รวมถึงภาวะความพิการที่หลงเหลืออยู่ในวันนั้นมีแต่จะแยลงจนถึงเสียชีวิต (World Health Organization, 2002) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและต้องเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยระยะท้ายถูกเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 32 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังทุกวัย 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่มีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องการผู้ดูแล 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่มีแนวโน้มโรคดำเนินไปในทางที่แย่งเรื่อยๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับรุนแรงมากที่ต้องการผู้ดูแล ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ต้องฟอกไตต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นต้น 4) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่มีรหัสวินิจฉัยโรคร่วม คือ Z515 (palliative care) 5) ยินยอมรับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ (กรณีผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือ PPS ต่ำกว่า 30 % ให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการสมัครเข้าร่วมการวิจัย)

มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1) ผู้ป่วยถูกเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วมซึ่งไม่เข้าข่ายผู้ป่วยระยะท้ายหรือรักษาไม่หายในระหว่างระยะเวลาวิจัย 2) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเกิดการแทรกซ้อนฉุกเฉินจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบไม่คาดคิดก่อนที่จะได้รับการประเมินผลการดูแลด้วยแบบวัดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย 3) ผู้ป่วยย้ายบ้านที่พักรักษาตัวออกจากเขตพื้นที่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนได้รับการประเมินผลการดูแลด้วยแบบวัดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย 4) ผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากการศึกษา

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลถูกเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. อบรมเชิงปฏิบัติการและฝึกทักษะวิธีใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านให้กับทีมเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 26 คน ทีมเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิจะประเมินคะแนน POS ของผู้ป่วย ประเมินความเครียด (ST5) และประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกก่อน

2. ทีมเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามเครื่องมือแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในขณะที่เยี่ยมบ้าน

3. ทีมเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมินัดผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอีก 7 วันนับจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรกเพื่อการประเมินคะแนน POS ของผู้ป่วย ประเมินความเครียด (ST5) และประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักครั้งที่ 2

4. รวบรวมคะแนน POS ของผู้ป่วย คะแนนความเครียด (ST5) และประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังจากการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ (รูปที่ 1) โดยอาศัยแนวคิดจากรูปแบบการดูแลประคับประคองมาตรฐานที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล 4 ส่วน ได้แก่

- 1) การดูแลโรคและการจัดการ
- 2) การประเมิน การจัดการอาการรบกวนทางกาย และการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย
- 3) การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 4) การป้องกันและช่วยเหลือลดความเครียดของผู้ดูแลหลัก การเสริมพลังใจ เยียวยาเพื่อป้องกันภาวะผู้ดูแลหลักหมดไฟ และระบบสนับสนุนผู้ดูแลหลัก (กรมการแพทย์, 2557; กรมสุขภาพจิต, 2555, 2559; ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์, 2560; ศูนย์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่, 2553; สมพร อินทร์แก้ว และคณะ, 2552; สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559; อรวรรณ ศิลปกิจ, 2551; WHO, 2018)

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

ก. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative performance Scale, PPS) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง

0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) (Anderson *et al.*, 1996; Chewaskulyong *et al.*, 2012)

ข. แบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2556) ดังนี้

- 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่
- 1 = เล็กน้อย/นานๆ ครั้ง
- 2 = บางครั้ง
- 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่
- 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกละกับตัวเองเลย/

เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนสองข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อ จากข้อคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนนคะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการ ความทุกข์หรือปัญหาการบกพร่องคุณภาพชีวิตมาก แต่หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

ค. แบบวัดความเครียดฉบับย่อ (ST5) ของผู้ดูแลหลัก เป็นคำถามเพื่อประเมินความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะเครียดในชุมชนและมีความตรงสูง คำถามมี 5 ข้อ ที่ประเมินปัญหาการนอน การมีสมาธิ

น้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวายใจว่าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ/เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน ลักษณะคำถามปลายปิด 5 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ แปลผลโดย คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2559; อรรถพรณ ศิลปกิจ, 2551)

ง. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม เป็นแบบคัดกรองที่มี 2 คำถาม ให้ผู้ถูกประเมินตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” อาการตามที่ถามในแต่ละข้อ การแปลผลถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้งสองคำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2559)

จ. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย POS และ ST5 ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามหนังสือนำเสนอที่ ชม 0032.2/7317 ลงวันที่ 14 กันยายน 2560)

รูปที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว



* แนวทางดูแลช่วงวาระสุดท้าย และ Bereavement care (ดาโรน จตุรภัทรพร, 2554)

** แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (กรมสุขภาพจิต, 2559)

*** เทคนิคการคิดบวกและวิธีคลายเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2555)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด 32 คน เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.20 เพศชายร้อยละ 43.80 อายุเฉลี่ย 71.91 ปี (S.D.=13.09) สถานภาพคู่หม้าย และโสดร้อยละ 46.90, 46.90 และ 6.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 46.90 ก่อนป่วยว่างงานมากที่สุดร้อยละ 53.10 รองลงมาอาชีพเกษตรกรร้อยละ 21.91 และรับจ้างทั่วไปร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท ร้อยละ 90.60 และมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 1,703.10 บาท (S.D.=2,042.37)

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเพศชายร้อยละ 25.00 เพศหญิงร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 49.41 ปี (S.D.=15.67) เป็นลูกของผู้ป่วยเองมากที่สุด ร้อยละ 43.80 รองลงมาเป็นคู่สมรส หลาน พี่น้องและคนอื่นที่ครอบครัวจ้างมา ร้อยละ 28.10, 21.90, 3.10 และ 3.10 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 56.20 และ 21.90 ตามลำดับ รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 18.80 และไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 3.10 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 40.60 รองลงมารับราชการ เกษตรกรรม ว่างงานและอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 21.90, 15.60, 15.60 และ 6.20 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 59.40 รายได้ อยู่ระหว่าง 5,000–10,000 บาทร้อยละ 28.10 และ รายได้มากกว่า 10,000 บาทร้อยละ 12.50

เมื่อพิจารณาโรคและอาการของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายมากที่สุดร้อยละ 43.80 รองลงมา เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 37.50 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร้อยละ 12.50 และผู้ป่วยไขสันหลังได้รับบาดเจ็บร้อยละ 6.20 ผู้ป่วยมีระดับ Palliative performance scale (PPS) อยู่ในช่วง 0-30, 40-60 และ 70-100 ร้อยละ 59.40, 37.50 และ 3.10

อาการรบกวนทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดและท้องผูกร้อยละ 15.60 รองลงมา ได้แก่ ไอ คัดแน่น แผลกดทับ มีน้ำในท้องและขาบวม ร้อยละ 9.40, 6.20, 6.20, 6.20 ตามลำดับ อาการที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ นอนไม่หลับและอ่อนเพลีย ร้อยละ 3.10 ไม่พบอาการดังต่อไปนี้ในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คลื่นไส้/อาเจียน ปัญหาช่องปาก เบื่ออาหาร ง่วงซึม เหนื่อย หอบและสับสน ดังตารางที่ 1

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนการดูแลแบบประคับประคองตามแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ป่วยมีคะแนน POS รวมเฉลี่ยเท่ากับ 14.22 (S.D.=7.31) หลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนน POS รวมเฉลี่ยลดลงเป็น 9.69 (S.D.=6.78) ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS รายข้อ พบว่า มี 8 ประเด็น ได้แก่ อาการปวด อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา การได้รับการระบายความรู้สึก/ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจ ความรู้สึกซึมเศร้า และการได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย มีคะแนน POS ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า มีคะแนน POS ดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมีคะแนนความเครียด (ST5) เฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (S.D.=3.48) หลังได้รับการป้องกันและช่วยเหลือลดความเครียดผู้ดูแลหลักตามแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ดูแลหลักมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงเป็น 2.84 (S.D.=3.49) ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรค ระดับคะแนนสถานะและอาการรบกวนทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=32)

โรคและอาการของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
โรค		
มะเร็งระยะท้าย	4	12.50
โรคเรื้อรังระยะท้าย	14	43.80
ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ	2	6.20
โรคหลอดเลือดสมอง	12	37.50
ระดับคะแนนสถานะการดูแลแบบประคับประคอง (PPS)		
0-30 %	19	59.40
40-60 %	12	37.50
70-100 %	1	3.10
อาการรบกวนทางกาย		
ปวด	5	15.60
ท้องผูก	5	15.60
ไอ	3	9.40
คัน	2	6.20
แผลกดทับ	2	6.20
มีน้ำในท้องและขาบวม	2	6.20
นอนไม่หลับ	1	3.10
อ่อนเพลีย	1	3.10

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale, POS) เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ (n=32)

ปัญหาและความต้องการ	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS)		t	p-value
	ก่อน	หลัง		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
1) อาการปวด	1.67 (0.97)	1.03 (1.03)	3.89	< 0.01*
2) อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย	1.69 (1.06)	1.16 (1.19)	3.28	< 0.01*
3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1.81(1.23)	1.38(1.29)	2.71	0.01*
4) ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1.47 (1.29)	1.16 (1.14)	2.55	0.01*
5) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	0.84 (1.32)	0.34 (0.70)	2.70	0.01*

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale, POS) เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ (n=32) (ต่อ)

ปัญหาและความต้องการ	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS)		t	p-value
	ก่อน	หลัง		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
6) การได้รับการระบายความรู้สึก/ได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจ	2.25 (1.39)	1.19 (0.89)	5.43	< 0.01*
7) ความรู้สึกซึมเศร้า	1.41 (1.26)	1.06 (1.19)	2.16	0.04*
8) ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า	1.25 (1.29)	1.16 (1.17)	0.59	0.56
9) การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	0.91 (1.47)	0.63 (1.16)	1.56	0.13
10) การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหา อื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย	1.03 (1.38)	0.63 (0.87)	2.75	0.01*
คะแนนรวม	14.22 (7.31)	9.69 (6.78)	5.36	< 0.01*

*p<0.05

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียด (ST5) ของผู้ดูแลหลักเปรียบเทียบก่อน
และหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ (n=32)

คะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลัก	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	4.13	3.48	2.55	0.02*
หลังการทดลอง	2.84	3.49		

*p<0.05

ก่อนการทดลองผู้ดูแลหลักเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 34.40 แต่ภายหลังได้รับการดูแลตามแนว
ปฏิบัติผู้ดูแลหลักเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ามลดลงเหลือ
เพียงร้อยละ 12.50 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักที่เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ
(n=32)

ผู้ดูแลหลักเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร่าที่ได้รับการดูแล ตามแนวปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง	11	34.40
หลังการทดลอง	4	12.50

อภิปรายผล

การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและความเครียดของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่างๆ ได้ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลเยียวยาจิตใจดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ บรรเทาความวิตกกังวลและได้รับการสนับสนุนความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นตามแนวปฏิบัติฯ โดยเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นเจ้าหน้าที่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคลดลงในขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษาไม่หาย แสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gomes และคณะ (2013) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลประคับประคองที่บ้านโดยมีแนวปฏิบัติของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจนจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว (ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์, 2560; ภัควีร์ นาคะวิโร, 2560; Artsanthia and Tillaput, 2019; Gomes *et al.*, 2013) และการมีแนวปฏิบัติหรือรูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น มีอาการรบกวนทางกายลดลง มีความสุขสบายขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Brumley *et al.*, 2004; Labson *et al.*, 2013; Peters and Sellick, 2006)

นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมีระดับความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าลดลงหลังได้รับการ

ป้องกันและช่วยเหลือลดความเครียดตามแนวปฏิบัติ อาจเนื่องจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะพบความเครียดได้ตลอด หากผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าแล้วย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย (Macmillan *et al.*, 2014) เมื่อผู้ดูแลหลักมีที่ปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่อาการมักจะเปลี่ยนแปลงและแย่งได้เสมอ มีที่ระบายความทุกข์ความวิตกกังวลความเหนื่อยล้าจากทีมเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ และทีมไปเยี่ยมเสริมพลังใจ ดูแลป้องกันและช่วยเหลือลดความเครียดด้วยทักษะที่ถูกต้องและให้การช่วยเหลือตรงตามปัญหาแล้ว จึงช่วยให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้นไปด้วย ครอบครัวของผู้ป่วยมีความทุกข์ใจน้อยลงและช่วยป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอาจจะถูกทอดทิ้งโดยไม่ตั้งใจจากการที่ผู้ดูแลหลักเกิดภาวะหมดไฟในการดูแล (caregiver burnout) (จุฬาวรี ชัยวงคนาคพันธ์ และคณะ, 2561; เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558) ดังนั้นการที่จะให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางที่ทีมสุขภาพปฐมภูมิที่ไปดูแลที่บ้านควรสมดุลทั้งส่วนช่วยจัดการปัญหาของผู้ป่วยและไม่ลืมที่จะช่วยสนับสนุนเสริมการดูแลของผู้ดูแลและสร้างพลังใจให้เขาไปพร้อมๆ กันด้วย (Hudson *et al.*, 2013; Ross *et al.*, 2010; Stajduhar, 2013)

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) แยกเป็นรายข้อ พบว่า มี 8 ข้อที่คะแนน POS ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์โดยรวมดีขึ้น ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และมีสองข้อที่คะแนน POS ดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

- 1) ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า เนื่องด้วยปัจจัยด้านสภาพโรคที่คุกคามผู้ป่วยในระยะท้าย ส่วนใหญ่จะมีอาการรบกวนแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ และครอบครัวยังคงต้องเป็นหลักในการจัดการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลถ้าต้องการค้นหาสาเหตุและแก้ไขภavnะนั้น ส่วนปัจจัยเอื่อน่าจะมาจากสภาพสังคมชนบทที่ครอบครัวมีความใกล้ชิดกันอยู่ก่อนแล้วลูกหลานและคู่สมรสอยู่บ้านเดียวกัน โดยจะ

สังเกตได้จากจำนวนผู้ดูแลหลักมากกว่าร้อยละ 70 เป็นลูกและคู่สมรสของผู้ป่วยเอง (ตารางที่ 2) จากการสัมภาษณ์ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเริ่มป่วยครอบครัวก็ช่วยเหลือกันในการดูแลเกี่ยวกับการพาไปรักษา ตัวผู้ป่วยเองก็พยายามทำใจยอมรับสภาพโรคที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ต้นแล้วพอสมควร จนโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายคนในครอบครัวก็ยังคงช่วยเหลือกันอยู่ห้อมล้อมผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้อยู่ท่ามกลางคนที่ตนรัก จนถึงวาระสุดท้าย จึงเป็นความหมายและคุณค่าของชีวิตตนแล้ว และยังมีทีมหมอมารับการดูแลที่บ้าน ช่วยแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงทีและยังให้การดูแลด้านอารมณ์และจิตสังคมด้วย ก็ยิ่งช่วยให้รู้สึกพึงพอใจ รู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้กลับมาตายที่บ้านอย่างไรที่พึ่ง รู้สึกชีวิตมีความหมายมากขึ้น (Glajchen, 2016)

2) การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษามีคะแนน POS ดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญนั้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า กระบวนการที่เสียเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาล เช่น การกลับเข้าไปที่โรงพยาบาล เมื่อมีอาการแทรกซ้อนแล้วต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์ ทำหัตถการอื่นๆ เพิ่มเติมหรือการเบิกเวชภัณฑ์ต่างๆ เมื่อตัดสินใจมารักษาประคับประคองที่บ้านแล้วจะเหลือกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา คือ การไปรอเบิกเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้านแล้วหมดไป หรือต้องเปลี่ยนใหม่เมื่อครบเวลาต้องกลับไปเบิกซ้ำที่โรงพยาบาล เช่น การเปลี่ยนถังออกซิเจน เบิกชุดทำแผล ชุดเปลี่ยนสายปัสสาวะและสายยางให้อาหาร ซึ่งเดิมทีกระบวนการเบิกที่โรงพยาบาลใช้เวลาเกือบทั้งวัน แต่หลังจากมีแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ทีมหมอครอบครัวในเครือข่าย จะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกและบริการเชิงระบบให้เกิดความรวดเร็วขึ้นกว่าแต่ก่อนจึงช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความสะดวกมากขึ้น คะแนน POS จึงดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Glajchen (2016) ที่พบว่า การมีระบบสนับสนุนผู้ดูแลและลดภาระที่ไม่จำเป็นของเขา จะช่วยลดความรู้สึกหมดไฟของผู้ดูแลและส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นด้วย

โดยสรุปการใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว

จังหวัดเชียงใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่มีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมที่ดีขึ้น ผู้ดูแลหลักมีความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ทีมมีความมั่นใจในการดูแลตามมาตรฐานเป็นไปในทางเดียวกัน ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับการตอบสนองและจัดการปัญหาได้ตรงความต้องการ ผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังใจ จึงดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ส่งผลให้ครอบครัวไม่สิ้นหวัง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายที่บ้านและจากไปอย่างเป็นสุข

ข้อเสนอแนะ

จากผลงานวิจัยพบว่า การมีแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้น ช่วยลดความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักได้ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรต่อยอดไปถึงการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลด้วย และอาจจะปรับแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อื่นๆ ได้อีก เช่น เพิ่มช่องทางหรือระบบรับคำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีเชื่อมโยงการดูแลระหว่างทีมเครือข่ายปฐมภูมิ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก ตลอดจนโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เคยดูแลผู้ป่วยอยู่ เพื่อการปรับเปลี่ยนการรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแล้วต้องการเปลี่ยนแผนการรักษา จะได้จัดการปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างราบรื่นและรวดเร็วขึ้น ลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่นั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอพร้าวที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอบคุณทีมดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ที่ช่วยเก็บข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) [online]. [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2560].
แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=345>
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า [online]. [สืบค้นเมื่อ 18 เมษายน 2560]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.thaidepression.com/www/56/298O.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แบบประเมินความเครียด (ST5) [online]. [สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2560].
แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/test/qtest5/>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559
[online]. [สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2563]. แหล่งข้อมูล:
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy2559.pdf
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559-2561
[online]. [สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2563]. แหล่งข้อมูล:
<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
- คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) อำเภอพร้าว. (2560). รายงานสถิติจำนวน
ผู้ป่วย Home ward ปี พ.ศ. 2558-2560. เอกสารนำเสนอในที่ประชุมวางแผนการทำงานทีม
Home ward อำเภอพร้าว, ห้องประชุมเอื้องพร้าว รพ.พร้าว จ.เชียงใหม่.
- จุฬารัตน์ ชัยวงคนาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินวีน, วราภรณ์ ยศทวี, กชพร พงษ์แต่ และเจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด.
(2561). บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มี
ปัญหาในระบบประสาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี, ฉบับพิเศษ (สิงหาคม –
ตุลาคม), 151-162.
- ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์. (2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่าย
สุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 13(1), 25-36.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2554). สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติ
ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาการพยาบาล, 30(2), 33-45.
- ภักวีร์ นาคะวิโร. (2560). ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพระนครศรี
อยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(1), 11-23.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับ
ภาษาไทย (Palliative care Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: บริษัท กลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ลัญญ์ศักดิ์ อรรถนัยกร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2560). นิยามและปัจจัยของการไม่
สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล โดยการทำกลุ่มโฟกัส. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 61(4),
511-524.
- ศูนย์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2553). Suandok Palliative care
Model [online]. [สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2560]. แหล่งข้อมูล:
https://w2.med.cmu.ac.th/spc/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=190&lang=en

- สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนนทเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสอาด และสายศิริ ด่านวัฒนะ. (2552). พลัง
สุขภาพจิตเปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ: Resilience Quotient ศักยภาพทางอารมณ์และจิตใจที่จะช่วย
พาคุณก้าวผ่านวิกฤติและความไม่แน่นอนของชีวิตได้อย่างสง่างาม. นนทบุรี: บริษัท ดีน่าดู จำกัด.
สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง.
กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
อรรธรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 16(3),
177-185.
- Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Casorso, L., & Lerch, N. (1996). Palliative performance
scale (PPS): a new tool. *Journal of palliative care*, 12(1), 5-11.
- Artsanthia, J., and Tillaput, J. (2019). The effect of palliative care to quality of life of people
who living with end stage renal disease in community. *Journal of The Royal Thai
Army Nurses*, 20(1), 226-235.
- Brumley, R. D., Enguidanos, S., & Cherin, D. A. (2004). Effectiveness of a home-based
palliative care program for end-of-life. *Journal of palliative medicine*, 6(5), 715-724.
- Chewaskulyong, B., Sapinun, L., Downing, G. M., *et al.* (2012). Reliability and validity of the
Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the palliative performance scale (PPSV2).
Palliative medicine, 26(8), 1034-1041.
- Glajchen, M. (2016). Family caregivers in palliative care and hospice: minimizing burden and
maximizing support. [cited 2020 Sep 3]; Available from: URL:
[https://www.nhpco.org/wp-
content/uploads/2019/04/PalliativeCare_Family_Caregivers.pdf](https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare_Family_Caregivers.pdf)
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and
cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness
and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B. *et al.* (2013). Reducing the psychological distress of family
caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a
randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 22(9), 1987-1993.
- Labson, M. C., SACCO, C. M. M., Weissman, D. E., Gornet, B., & STUART, F. B. (2013).
Innovative models of home-based palliative care. *Cleveland clinic journal of
medicine*, 80(e-supplement 1).
- Macmillan, K., Peden, J., Hopkinson, J., and Hycha, D. (2014). A caregiver's guide. [cited 2020
Sep 3]; Available from: URL:
https://www.stlazarus.ca/docs/publications/caregivers_guide_2015_en.pdf
- Pairojkul, S. (2013). Home-based palliative care: making it happen. In Chanvet, L., The dawn
of palliative care in Thailand. Bangkok: Beyond Enterprise.
- Peters, L., & Sellick, K. (2006). Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-
based palliative care. *Journal of advanced nursing*, 53(5), 524-533.

Palliative Outcome Score, Stress and Depression of the Caregivers after
Implemented Home-Based Palliative Care Guideline among Terminally ill
Patients of Primary Care Network, Phrao District, Chiang Mai Province

Stajduhar, K. I. (2013). Burdens of family caregiving at the end of life. *Clinical and Investigative Medicine*, 36(3), E121-E126.

World Health Organization. (2002). Definition of palliative care. [cited 2017 March 10];
Available from: URL: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO.