

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยระยะประคับประคอง
สู่ภาวะ good death กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

A Study on Factors Affecting Promoting Relatives or Caregivers in Making Decisions for
Palliative Care Patients to Good Death: Nursing Group Prakhon Chai Hospital, Buriram
Province.

ธัญญารัตน์ ศรีวรรณธำรง

Thanyarat Sriworananthamrong

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดกลุ่มการพยาบาล หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 31140

Registered Nurse, outpatient Department, Professional Level Nursing Department,
Phakhonchai Hospital, Burirum Province

Corresponding Author: *E-mail: Kunchun1418@gmail.com

(Received: 3 November 2023 Revised: 18 March 2024 Accepted: 25 March 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองให้เข้าสู่ภาวะการตายดี

ระเบียบวิธีวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 30 คน 2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน
ซึ่งมีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเตรียมการ 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์และ
ขั้นตอนการดำเนินงาน 2. จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะการดำเนินงานวิจัย
1. ประเมินระดับอาการของผู้ป่วยด้วยแบบการประเมิน PPS และการประเมิน 2. การให้การดูแลทางการ
พยาบาล 3. การให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลในการดูแล ระยะประเมินผล การเปลี่ยนแปลงระดับอาการผู้ป่วย
ด้วยแบบประเมิน PPS และ ESAS วิเคราะห์ โดยใช้สถิติแบบ Pair t-test และระดับความพึงพอใจของการ
ให้บริการการดูแลผู้ป่วย การใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : พบว่าการเปรียบเทียบระดับผู้ป่วยตามการประเมิน PPS และ ESAS ก่อนและหลัง พบว่ามี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และระดับความพึงพอใจของญาติในการรับบริการแบบประคับประคองอยู่ใน
เกณฑ์น่าพอใจมาก

สรุปผลการศึกษา : ปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและญาติในการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการดูแลแบบ
ครบวงจร ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่ภาวะเสียชีวิตได้ดี

คำสำคัญ : การตายดี, ปัจจัยที่ส่งเสริมการตายดี, ระดับความพึงพอใจ

ABSTRACT

Objective : To study factors that encourage relatives or caregivers in making decisions for palliative care patients to enter the good death.

Methods : This study is a descriptive research. 1. A sample group of 30 patients diagnosed as palliative care patients was selected. There were 30 relatives or caregivers of patients who have decision-making authority on behalf of patients. Divided into 3 steps: preparation phase 1. Clarifying the objectives and procedures. 2. Create nursing care guidelines for palliative care patients. Research period 1. Assess the patient's symptom level with the PPS assessment and ESAS assessment. 2. Nursing treatment. 3. Providing knowledge to relatives or caregivers. Evaluation period. Changes in patient symptom levels using the PPS and ESAS assessments. Statistics were analyzed by paired t-test. The data were analyzed using paired t-test and the level of satisfaction of patient care services using descriptive statistics, percentage and the standard deviation.

Results : The results of comparing the patient levels according to the PPS and ESAS assessments before and after were found to be statistically significantly different ($P < 0.001$) and the level of satisfaction of relatives or caregivers in palliative care services is at a very satisfied level.

Conclusion : Factors affecting patients and relatives in palliative care that includes a care process that covers physical, mental, and social aspects, resulting in palliative care patients entering the good death.

Keywords : Good death, Good death promotion factors, satisfaction level

หลักการและเหตุผล

การดูแลแบบประคับประคองมีคำศัพท์ที่ใกล้เคียงกัน คือ End of life care, Terminal care, Hospice care, Supportive care และ Palliative care⁽¹⁾ แต่มีความหมายที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน World Health Organization (WHO) ได้ให้ความหมายของแต่ละคำว่าไว้ดังนี้ คือ “End of life care” ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีระยะเวลาในการใช้ชีวิตที่เหลือไม่เกิน 6 เดือน ถึงจะเสียชีวิต สำหรับ Terminal care เป็นการดูแลผู้ป่วยช่วงใกล้เสียชีวิต ประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย จะเรียกช่วงนี้ว่าระยะใกล้ตาย (Dying) ส่วนคำว่า “Hospice care” เป็นการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งรักษาไม่ได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ และมุ่งเน้นการรักษาที่ยังคงรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลักไม่มีการเร่งหรือยืดความตาย ออกไปได้ทำให้การดูแลแบบ Hospice care จะต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลที่จัดหอผู้ป่วยใหม่มีลักษณะคล้ายบ้านรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice unit) ขณะที่คำว่า “Supportive care” เป็นการดูแลแบบบรรเทาอาการ ซึ่งใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะของโรครุนแรงและคุณภาพชีวิต ภาวะ Good death “ตายดี” หรือ “การมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต” (Good death) หมายถึง การตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่างๆ ที่ค้างค้างสามารถแสดงเจตนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้าย เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ได้ระบุองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพจิต สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ แต่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanistic nursing) องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือการควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom control) การรักษาโรค (Disease management) และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care)⁽²⁾

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้มีการดำเนินที่สอดคล้องนโยบายการดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม โดยในกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองให้เกิดภาวะ Good death จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับการประเมินและวินิจฉัยจากกลุ่มโรคต่างๆ ใน 3 อันดับโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย โดยมีจำนวนตามลำดับดังนี้ 177, 188 และ 439 คน ตามลำดับกระบวนการดูแลทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้บริการทางการแพทย์ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย งานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) กลุ่มงานการพยาบาล ได้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองจึงได้สนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ของปัจจัยที่ส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลในการตัดสินใจของผู้ป่วยระยะประคับประคองสู่ภาวะ Good death

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของปัจจัยในการส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลในการตัดสินใจของผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าสู่ภาวะการตายดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาแบบวัดผลสัมฤทธิ์กลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง เพื่อติดตามปัจจัยที่ส่งเสริมการตัดสินใจของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะ ประคับประคองให้เข้าสู่ภาวะการตายดี โดยมีขั้นตอนในการศึกษา 3 ระยะ ระยะเตรียมการ 1. การชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการ ระยะดำเนินการจัดทำ 1. การวางแผนล่วงหน้า (Advance care plan) 2. การประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน PPS score และแบบประเมิน ESAS score 3. การให้ความรู้ กับครอบครัว Family planning ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ระยะประเมินผล 1. ผลลัพธ์ระดับการ เปลี่ยนแปลงของ PPS score และ ESAS score 2.ระดับความพึงพอใจในการให้บริการ

ประชากร

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลประโคนชัย ที่แพทย์วินิจฉัยให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบ ประคับประคองในช่วงเดือนตุลาคม 2565 - เมษายน 2566 ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ย้อนหลัง (Retrospective) โรคจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. การตรวจประเมินโดยแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
2. ญาติและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้ารับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยระยะประคับประคองมีอาการสัญญาณชีพไม่คงที่

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

1. ผู้ป่วยต้องการออกจากการศึกษาวิจัย
2. พบภายหลังว่าอยู่ในเกณฑ์การคัดออก

ตัวอย่างประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเจาะจงกลุ่มประชากรที่นำมาในการศึกษาโดยการทบทวน วรรณกรรมและการหาข้อมูลประชากรสำหรับนำมาศึกษาในครั้งนี้จำนวน 30 คน

สูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากสูตรการคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน คำนวณดังนี้ $n = N / (1 + Ne * 0.5^2)$ จากประชากรที่มารับบริการในโรงพยาบาลประโคนชัย ในปี 2562-2564 มีจำนวน 3 ปี = 120 ราย ดังนั้นจึงคำนวณจำนวนประชากรที่จะนำมาศึกษาดังนี้ $n = 120 / (1 + 120 * 0.05^2) = 92.31$ คน จากการคำนวณสูตร พบมีจำนวนประชากรที่เหมาะสมสำหรับนำมาศึกษาจำนวน 40 คน ผู้วิจัยจึง ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับการวิจัย มีจำนวนประชากรผ่านเกณฑ์ 30 คน และ ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 10 คน และจากการคำนวณวรรณกรรมในการนำกลุ่มทดลองมาศึกษา จึงเลือกกลุ่ม ตัวอย่างเป็นแบบสุ่มเฉพาะเจาะจงคัดเลือก จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ BMI สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว
- 1.2 แนวปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- 1.3 แบบประเมิน PPS

1.4 แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมืออีกหนึ่งที่เรานำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS

1.5 แผนการปฏิบัติงานของการดูแลพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคองตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองประกอบด้วย

1. ได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย
3. ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
4. พยาบาลพูดคุย ชักถามอาการ การเปลี่ยนแปลง ของผวยอย่างสม่ำเสมอ
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบ ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ
6. พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด
7. ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและ ศาสนาอย่างเหมาะสม ในระหว่างอยู่โรงพยาบาล
8. พยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น
9. ท่านได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือ/ แนะนำ/ อำนวยความสะดวกเมื่อท่านมีปัญหา การประเมินพึงพอใจมากที่สุด ระดับคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน การประเมินพึงพอใจมาก ระดับคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน การประเมินพึงพอใจปานกลาง ระดับคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน การประเมินพึงพอใจน้อย ระดับคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน การประเมินพึงพอใจน้อยที่สุด ระดับคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน การประเมินไม่พึงพอใจ ระดับคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน⁽⁸⁾

การคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2023099 ลงวันที่ 21 กันยายน 2566

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย การยอมรับ หรือ ปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายหลังการทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว

3. ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บ เป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ให้การตรวจประเมินผู้ป่วย 1 ท่าน หัวหน้าการพยาบาลในการดูแลให้การรักษผู้ป่วย 1 ท่าน อาจารย์ทางด้านระเบียบวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่

ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient + Alpha) ได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่าความเชื่อมั่นด้านของแบบประเมินและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ที่ได้รับการตรวจประเมินจากทีมแพทย์ พยาบาล และ อาสาสมัครชุมชน (อสม.) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอำนาจตัดสินใจ ขั้นตอนการเตรียมการ 1. การอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจนเข้าใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่นำข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยและติดตามจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการตามปกติ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ขั้นตอนดำเนินการ

1. แนวปฏิบัติการให้การดูแลทางการแพทย์พยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)⁽³⁾
- การประเมินระดับอาการผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS⁽⁴⁾
- การให้การดูแลรักษาจัดการอาการตามแบบประเมิน ESAS⁽⁵⁾
- การให้ความรู้กับครอบครัว Family planning การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม มิติ

กาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ⁽⁶⁾

ในการศึกษาปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสู่การเกิดภาวะ Good death ดังมีรายละเอียดดังนี้

แนวปฏิบัติสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ชักชวนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงสิ่งที่ให้ความสำคัญและมีคุณค่าสำหรับตัวผู้ป่วย สภาพที่ผู้ป่วย ขอบเขตการรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ และบริบทที่ผู้ป่วยประสงค์จะให้เกิดขึ้นหรือไม่ต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวล่วงหน้าในกรณีการพยากรณ์โรคไม่ดี

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยเลือกผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 Palliative care Nurse ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของผู้ป่วย และควรนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่โดยให้ผู้ป่วยควรมีอีกฉบับเก็บไว้ 1 ฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 กรณีที่ผู้ป่วยเคยทำแผนการดูแลล่วงหน้านอกสถานพยาบาล Palliative care Nurse ขอแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับล่าสุดจากผู้ป่วยมาใช้ โดยนำสาระสำคัญของแผนการดูแลที่ทำนอกสถานพยาบาลที่ไม่ขัดกับแนวทางการปฏิบัติฉบับนี้มาใช้ในสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 กรณีที่จะระบุชื่อญาติหรือผู้ใกล้ชิดหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยลงบันทึกในแบบฟอร์มแผนการดูแลล่วงหน้า Palliative care Nurse ดำเนินการสอบถามความยินยอมจากผู้นั้นก่อน

ขั้นตอนที่ 6 แต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน สามารถแต่งตั้งให้บุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย กับผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนได้ โดยเป็นบุคคลที่อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ซึ่ง Palliative care Nurse เป็นผู้ให้คำปรึกษาและทำความเข้าใจแก่ผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน (Counseling) ก่อน⁽⁷⁾

แนวปฏิบัติการประเมิน PPS

ขั้นตอนที่ 1 Palliative care Nurse เป็นผู้ประเมิน อาการและแนวโน้มของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผู้ป่วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว

ขั้นตอนที่ 3 โดยจะมีการแบ่งเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 100 ลงไปถึง 0 เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (ค่า PPS > 70) ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (ค่า PPS อยู่ระหว่าง 40 – 70) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ค่า PPS อยู่ระหว่าง 0-30)

แนวปฏิบัติการประเมิน ESAS มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน อาการที่ควรประเมินในช่วงของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับคองในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การตอบแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย /อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ตามระดับความรู้สึกของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 กำกับติดตามอาการของผู้ป่วยทุกสัปดาห์และมีการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงสำหรับการพยากรณ์ระยะเวลาของการดำเนินโรคสู่ภาวะ Good death

ขั้นตอนที่ 4 การให้การดูแลรักษาอาการตามแบบประเมิน ESAS โดยทางเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะมีการรายงานแพทย์เจ้าของไข้และให้การดูแลรักษาตามอาการที่ได้ประเมินของแบบประเมิน ESAS แนวปฏิบัติการให้ความรู้กับครอบครัว Family planning การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม มิติ กาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ⁽⁶⁾

ขั้นตอนที่ 1 การพูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแลถึงอาการและอาการแสดงของโรคที่ป่วยเป็น ระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ และหลักของธรรมชาติของการมีชีวิต หลักศาสนา สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อประเมินสภาวะทางอารมณ์ของญาติหรือผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ระดับ ESAS ระดับต่ำ และ ค่า PPS Score ระดับต่ำเช่นกัน โดยมีการนำผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนามาให้ความรู้ทางด้านจิตวิญญาณและการยอมรับในโรคที่ผู้ป่วยดำเนินอยู่ และการเกิด Good death

ขั้นประเมินผล

1. การลงติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนและการโดยใช้เทคโนโลยีทางโทรศัพท์เพื่อสื่อสารระหว่างญาติหรือผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยทางโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความรู้ในการเข้าใจผู้ป่วยของญาติหรือผู้ดูแลต่อไป

2. การประเมินติดตามอาการ ดังนี้ ผู้ป่วยที่มี PPS 40-50% ติดตามทุก 1 เดือน ผู้ป่วยที่มี PPS 30% ติดตามทุก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มี PPS 10-20% ติดตามทุก 1 วัน หรือขึ้นกับปัญหาและอาการของผู้ป่วย ให้การดูแลจนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Good death

3. ติดตามผลลัพธ์ของแบบประเมิน PPS และ ESAS

4. ติดตามผลลัพธ์ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังได้รับการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลารวม 6 เดือน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์
ระยะดำเนินการติดตามผลการศึกษา ตุลาคม 2565 - เมษายน 2566

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การเปลี่ยนแปลงของแบบประเมินของ PPS และ ESAS วิเคราะห์ โดยสถิติที่ใช้แบบ Pair t-test และระดับความพึงพอใจของการให้บริการการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.31 เพศชาย ร้อยละ 46.70 มีอายุเฉลี่ย 67.46 (SD=15.76) BMI เฉลี่ย 20.604 (SD=4.37) กลุ่มโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 56.66 และระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 43.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.
เพศ		
หญิง	53.31	-
ชาย	46.70	-
อายุ	67.46	15.76
BMI	20.60	4.37
กลุ่มโรค		
มะเร็ง	56.66	-
Respiratory failure	43.33	-

ตารางที่ 2 ผลระดับเฉลี่ยการประเมิน PPS , ESAS ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน-หลัง ได้รับการดูแลตามแนวทางของการดูแล Advance care plan และกระบวนการการให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล (n = 30) โรงพยาบาลพระโขนง จังหวัดบุรีรัมย์

การเปรียบเทียบ	(Mean) N=30			
	ก่อน		หลัง	
	Mean	S.D.	mean	S.D.
ค่าเฉลี่ย PPS	34.66	19.42	0.00	0.00
ค่าเฉลี่ย Pain	9.30	0.74	1.50	0.97
ค่าเฉลี่ย dyspnea	9.33	0.71	1.10	0.48

จากตารางที่ 2 แสดงผลของการเปรียบเทียบการประเมิน PPS , ESAS ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน-หลังได้รับการดูแลตามแนวทางของการดูแล Advance care plan และกระบวนการการให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลพบว่าหลังมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงลดลง

ตารางที่ 3 ผลของค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงระดับ PPS , ESAS ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน-หลังได้รับการดูแลตามแนวทางของการดูแล Advance care plan และกระบวนการการให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล (n = 30) โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างก่อน-หลัง			
	Mean	S.D.	t	sig
ค่าเฉลี่ย PPS	23.33	19.17	6.66	0.00
ค่าเฉลี่ย Pain	7.80	1.21	35.17	0.00
ค่าเฉลี่ย dyspnea	8.23	0.77	58.27	0.00

จากตารางที่ 3 พบว่าแสดงระดับการเปลี่ยนแปลงการประเมิน PPS และ ESAS ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน-หลังได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากที่โรงพยาบาลสู่ที่บ้านสำหรับญาติหรือผู้ดูแล (N=30)

หัวข้อ	ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	
	Mean	S.D.
1. ได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	มาก	0.00
2. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	มาก	0.00
3. ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	มาก	0.00
4. พยาบาลพูดคุย ซักถามอาการ/ การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	มาก	0.00
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	มาก	0.00
6. พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด	มาก	0.00
7. ทานได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสม ในระหว่างอยู่โรงพยาบาล	มาก	0.00
8. พยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น	มาก	0.00

หัวข้อ	ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	
	Mean	S.D.
9. ทานได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน	มาก	0.00
10. ทานได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อทานมีปัญหา	มาก	0.00

จากตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ พบว่า ระดับความพึงพอใจของญาติในการให้การดูแลของเจ้าหน้าที่ Palliative care nurse อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบติดตามผลลัพธ์กลุ่มเดียวก่อน-หลัง ของปัจจัยที่มีผลในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลที่นำไปสู่ภาวะ Good death จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.31 เพศชาย ร้อยละ 46.70 มีอายุเฉลี่ย 67.46 (S.D.=15.76) BMI เฉลี่ย 20.604 (S.D.=4.37) กลุ่มโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 56.66 และระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 43.33 ดังตารางที่ 1 โดยในระหว่างการเตรียมการ ระยะดำเนินการ 1. การทำ Advance care planning 2. การประเมิน PPS 3. การประเมิน ESAS และ 4. การให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ระยะติดตามผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะประคับประคองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ PPS อยู่ในระดับ 0 และระดับความปวด และอาการหอบเหนื่อยมีค่าลดลง ในด้านของความพึงพอใจสำหรับญาติในการรับบริการโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับพึงพอใจระดับมาก จากการศึกษาผลลัพธ์ของปัจจัยที่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจของผู้ป่วยระยะประคับประคองภาวะ Good death กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองตามแนวทางการรักษาที่มีการกำหนดใน Service plan เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยในแนวทางของการให้การรักษาทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ประกอบด้วย การจัดทำ Advance care planning เพื่อเป็นการดูแลให้การเรียนรู้ในด้านของโรคที่ผู้ป่วยเป็นการดำเนินไปของโรค และการจัดการอาการ การวางแผนการรักษาล่วงหน้าพร้อมทำความเข้าใจกับญาติ นอกจากนี้จะมีการติดตามอาการด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok) ซึ่งในการจัดทำแบบประเมินและการวางแผนการรักษาล่วงหน้าส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองและญาติมีความเข้าใจในการดำเนินของโรค มีการวางใจและเตรียมรับการเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยทางเจ้าหน้าที่ได้มีการสอน แนะนำ และใช้หลักทางศาสนาเข้ามามีส่วนในการได้พัฒนาทางด้านจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ มี 3 ระยะ ขั้นการเตรียมการ การดำเนินการ และการติดตามผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองมี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวรรณ โภคพลากรณ⁽⁹⁾ โดยได้ศึกษา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง 4 รูปแบบในประเทศไทย : 1. การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา 2. การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน 3. การดูแลในโรงพยาบาล และ 4. การดูแลโดยสถานพยาบาลทั้งบ้าน รวมทั้งจุดแข็งข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองต่อไปและจากการศึกษาของ วรรณญา จิตบรรทัด⁽¹⁰⁾ ได้มีการศึกษาบทบาทของพยาบาลชุมชนสำหรับการวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตบทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนให้ดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษาพยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ฉบับพิเศษ (มีนาคม- มิถุนายน) พ.ศ. 2567

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Special edition (March – June) 2024

ความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องการตายดี 2. ผู้นำและผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า 3. ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ผู้ประสานงานผู้บริหารจัดการและผู้ให้ความร่วมมือพยาบาลชุมชนควรให้ผู้สูงอายุพึงได้รับรู้ตามสิทธิการตายดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 4. ผู้วิจัยเนื่องจากพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานภายใต้พลวัตรของชุมชน การดำเนินการของการประเมินผู้ป่วยมีการนำแบบประเมิน PPS และ ESAS และการวัดผลระดับความพึงพอใจ ในการวัดผลลัพธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล วงศ์แก้ว และอิศรา สพสมย์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีแบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็นก่อนและ หลังของทีมผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 3.44$, S.D.= 1.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.30) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมาก ระดับ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ

ในการศึกษาในครั้งนี้การดำเนินการได้มีการส่งเสริมญาติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลลดา ทิพยจันทร์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับตัวของญาติที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังติดผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติที่ดูแล ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ญาติที่ดูแลสำรวจค้นพบปัญหาด้วยตัวเอง เพื่อให้สามารถตัดสินใจด้วยตนเองและควบคุมตนเองเป็นการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง 2) ส่งเสริมให้ญาติที่ดูแลมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อทำความเข้าใจ การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ 3) ส่งเสริมให้ญาติที่ดูแลมีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การดูแลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย ทางใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ 4) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ให้การเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรได้ง่าย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ Good death นั้นมีทั้งในด้านของกระบวนการ Advance care plan การประเมินภาวะของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน PPS การติดตามอาการผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลของญาติหรือผู้ดูแลทางด้านจิตใจและการสนับสนุนให้พร้อมสู่ภาวะ Good death

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ใช้เป็นทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองให้สามารถวางแผนการดูแลตนเองและการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติและผู้ดูแล
2. นำไปประยุกต์ใช้สำหรับการเรียน การสอน และต่อยอดงานวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการศึกษาทางด้านการดูแลทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเฉพาะโรค

เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และยุพยงค์ พุฒธรรม. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;23(1):80-90.
2. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. 2014; 28(2):130-4.
3. ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร, เพชรรัตน์ บุณนาถ และสวณี เต็งรังสรรค์. ความรู้ ประสบการณ์ และอุปสรรคกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;31(4):460-468.
4. มาลินี พิสุทธิโกศล. ระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมะเร็งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(3):294-302.
5. บุญทิศา สุวิทย์, สุณี พนาสกุลการ และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.วารสารพยาบาล. 2558;35(1):153-164.
6. กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณิ แสงสาย และบรรเทิง พลสวัสดิ์. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2564;5(2):12-24.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
8. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลสวนดอก [อินเทอร์เน็ต].เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนดอก; 2556. [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://w2.med.cmu.ac.th/ha/wp-content/uploads/2020/03E45820.>]
9. ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559;26(3):40-51.
10. วรัญญา จิตรบรรทัด. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพและการศึกษา. 2565;2(1): 81-92.
11. วิไล วงศ์แก้ว และอิสรา สพสมัย. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2) : 339-350.
12. ชลลดา ทิพย์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการปรับตัวของญาติที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตักผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):17-30.