

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม
The Development Palliative Care System Mahasarakham Hospital.

มะลิ เนืองวงษา^{1*} นิศมา แสนศรี¹ อักษรา กะการดี² นันทชญา นฤนาทนาเสฏฐ¹
Mali Nuengwongsa^{1*} Nisama Sansri¹ Aksara Kakarndee² Nanchaya Naruenatthanasat¹

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม Nurse Professional,
Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัด
มหาสารคาม Instructor, Srimahasarakham Nursing College

Corresponding Author: E-mail: aksara@smnc.ac.th

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนาระบบ และศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิด Kemmis & McTaggart (1988) ผู้ร่วมวิจัย คือบุคลากรทางการแพทย์ 30 คน ผู้ป่วยประคับประคองและผู้ดูแล 60 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 – 31 ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแล 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกิดระบบบริการในโรงพยาบาลคือด้านผู้ให้บริการ มีพยาบาลประคับประคอง (PCWN) ครบทุกหอผู้ป่วย มีระบบ Family meeting มีระบบการจัดทำ Advance Care Plan มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Palliative care มีการจัดทำคู่มือการดูแลแบบประคับประคอง และระบบการส่งต่อผู้ป่วยประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ บุคลากรมีความสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.78 เป็นร้อยละ 95.42 และความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.42 เป็นร้อยละ 97.26 ด้านผู้รับบริการ มีพฤติกรรมปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยรวมร้อยละ 91.68 พฤติกรรมปฏิบัติมากที่สุด คือ การประสานรถรับ-ส่งกลับบ้านถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการ ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปผลการศึกษา : ระบบที่พัฒนาขึ้นโดยมีพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง ครบทุกหอผู้ป่วย เกิดผลดีต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, ตายดี, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ABSTRACT

Objective : To study the situation in organizing the palliative care system, develop the system, and study the results of the development of the palliative care system in Maha Sarakham Hospital

Methods : This study is an action research, using the concept of Kemmis & McTaggart (1988). The research participants were 30 medical personnel, 60 palliative care patients and their caregivers. The study was conducted from 1 June 2022 – 31 October 2023. The instrument were interviews 1) a semi-structured interview form, 2) a care behavior observation form, 3) a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using statistics, percentages, averages, and content synthesis (Content analysis).

Results : There is a service system in the hospital. The service provider has a palliative care ward nurse (PCWN) in every ward, a Family meeting system, an Advance Care Plan system, a system for screening Palliative care and the system for transferring patients from hospitals to the community with information technology. medical personnel Happiness increased from 70.78% to 95.42% and feelings of worth increased from 78.42% to 97.26%. Service recipients had a total of 91.68% of their behavior following the developed care system. The most common practice is coordinating transportation to send patients home. Calculated as 100 percent Overall family satisfaction with palliative care was at the highest level.

Conclusion : The new system Developed with a palliative care ward nurse (PCWN) in every ward result in positive outcomes for service providers and service recipients

Keywords : Development of palliative care systems, end-of-life care, palliative care, good dead, quality of life in palliative care

บทนำ

การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกช่วงวัย และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตรวมถึงการป้องกันและบรรเทาทุกข์ทรมาน หรือวิธีการการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽¹⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิภาวะ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านพยาบาล เช่น อายุและประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระบบบริการและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ⁽²⁻³⁾ อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังมีปัญหาหลายอย่าง ทั้งการที่ไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ทักษะการสื่อสารระหว่างทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยกับครอบครัว ใช้เวลาในการทำงานมาก เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยซับซ้อน ทั้งอาการทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การทำงานขาดความเชื่อมโยงกัน ต่างคนต่างทำและไม่ต่อเนื่อง⁽⁴⁾

ตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มาตรฐานคุณภาพที่ 1 ในด้านโครงสร้าง ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ ได้ให้หลักการและเหตุผลว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพของประเทศเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และความยั่งยืนของการทำงาน⁽⁵⁻⁷⁾ ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองที่ทำหน้าที่จัดบริการดูแลแบบผู้ป่วยประคับประคองต้องมีสถานที่ที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ มีโครงสร้างคณะกรรมการกำหนดทิศทางนโยบายและกำหนดกลยุทธ์การดำเนินการ โดยการทำงานด้วยทีมสหสาขาที่ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับเพียงพอต่อการทำงาน มีการวางอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน รวมถึงมีระบบดูแลตนเองของบุคลากรผู้ทำงานและเข้าถึงการสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดทางจิตใจ⁽⁸⁻⁹⁾

โดยจากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจำนวน 154,093 190,299 196,395 ราย เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวน 13,953 17,636 19,905 ราย จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 2,343 2,430 2,747 ราย โรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวน 786 810 และ 1,127 ราย ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยมักทำการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก มักถูกจัดลำดับความสำคัญให้อยู่ในลำดับท้าย ๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยมักมุ่งเน้นที่การรักษามากกว่า⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลมหาสารคามมีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) มาตั้งแต่ปี 2556 มีคณะกรรมการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหลักในการขับเคลื่อนและเป็นแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานพบว่ามีความหลากหลายของทั้งสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน โดยเดิมพยาบาลประคับประคองที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเครือข่ายภายในโรงพยาบาลมหาสารคามมีจำนวน 7 คน แต่มีเพียง 1 คนที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายรวมทั้งจังหวัด จากการสอบถามพบว่าเกิดความเครียดทำงานไม่ทัน ปริมาณงานมากทั้งงานบริหาร บริการ และงานวิชาการ โดยเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน

พยาบาลเต็มเวลา 1 คน ต่อจำนวน 200 เตียง⁽¹²⁾ โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้บริการ 580 เตียง ต้องมีพยาบาลเต็มเวลาจำนวน 3 คน จึงจะเหมาะสมตามมาตรฐาน

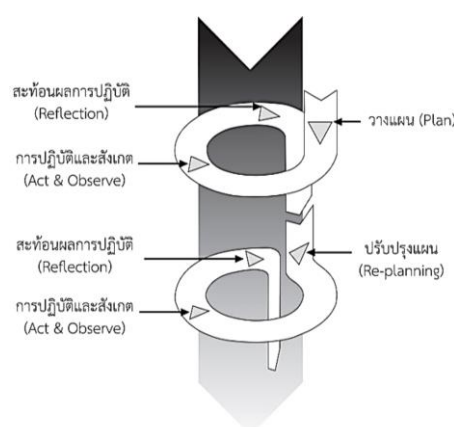
ดังนั้นทีมวิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988)⁽¹³⁾ เพื่อศึกษาระบบจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาสารคาม พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม

กรอบแนวคิด

การศึกษารั้งนี้เป็วิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽¹³⁾

วงล้อที่ 1 วางแผนศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบเดิม ข้อดี ข้อด้อย ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นและวางแผนรูปแบบการดูแลจัดการทีมพยาบาล ด้วยการสังเกต สอบถามปัญหา หาข้อมูลจากผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง นำข้อมูลไปใช้ในกระบวนการวงล้อที่ 2

วงล้อที่ 2 นำข้อมูลผลการศึกษาจากวงล้อที่ 1 มาสังเคราะห์และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยจัดการทีมพยาบาลวิชาชีพในทุกหอผู้ป่วยมาฝึกอบรมให้เป็นพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (PCWN) สร้างคู่มือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานในวงรอบที่ 3

วงล้อที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาจากวงล้อที่ 2 มาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน นำรูปแบบการจัดการ ทีม PCWN ร่วมกับการใช้คู่มือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยการ สังเกตผล ดูความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นำมาสังเคราะห์ปรับปรุงทีมพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย ปรับให้เข้ากับบริบทและนำไปประเมินความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

วงล้อที่ 4 ภายหลังสิ้นสุดจากวงล้อที่ 3 มีการประชุมกลุ่มผู้วิจัย สรุปผลการวิจัยในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

รูปแบบและวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบท การจัดการบริการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) ประกอบไปด้วยขั้นตอนดังนี้ 2.1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากเข้าสู่ที่ประชุม 2.2) ระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ร่วมพัฒนากำหนด เป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน 2.3) กำหนดกิจกรรมแผนดำเนินการ ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ 3) สังเกตการณ์ (observation) ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติ ปรับปรุงการปฏิบัติ และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของทีม และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning)

ในการประเมินผล มีขั้นตอนดังนี้ 1) ด้านกระบวนการ จากสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละระยะของการศึกษา 2) ด้านผลลัพธ์จากคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติ คะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการและการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ร่วมวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์ 30 คน ผู้ป่วยประคับประคองและดูแล 60 คน รวม 90 คน ดำเนินการวิจัยเริ่มศึกษาสถานการณ์ 1 มิถุนายน -30 กันยายน 2565 เก็บข้อมูล วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566 เสร็จสิ้นเดือน ตุลาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งพัฒนาจากการระดมสมองตามกระบวนการ SWOT analysis การระดมสมองการวิเคราะห์ gap analysis ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) แบบสังเกตพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาสารคาม ดังนี้

2.1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้ในการสนทนากับกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วยประคับประคอง ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหาร กลุ่ม PCWN และกลุ่มเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในปัจจุบัน 2) ระบบหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ต้องการให้เกิดขึ้น 3) ข้อเสนอแนะที่จะช่วยให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2.1.2 ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล เนื้อหาประกอบ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการ 4) ค่าใช้จ่ายและแหล่งสนับสนุน 5) การได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ 6) การดูแลต่อเนื่อง 7) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา 8) ความพึงพอใจต่อบริการ 9) ความต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะ

2.1.3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วย 1) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 5) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลทั้งขณะเข้ารับการรักษา ก่อนการจำหน่าย และหลังจากออกจากโรงพยาบาล 6) ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหา 7) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 8) ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน 9) แหล่งที่สนับสนุนและช่วยเหลือ 10) ความต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมีระดับคะแนน 0-1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติและปฏิบัติ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการและแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.96 ตามลำดับ

การดำเนินการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดังนี้

1. การเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ประชุมอบรม ศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

1.2 สร้างแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานของ PCWN

1.3 สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแล

1.4 สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ

1.5 สร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจกับบริบทของพื้นที่ในแต่ละหอผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ร่วมพัฒนา

1.6 เสนอโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน

2. การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในเดือน 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2565

2.2 ระยะที่ 2 วางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา โดย 1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุม 2) ระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ร่วมพัฒนากำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ร่วมกัน 3) กำหนดกิจกรรมแผนดำเนินการ ตัวชี้วัด และผลลัพธ์

2.3 ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติ ปรับปรุงการปฏิบัติ และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ ของทีมผู้ศึกษา สังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามผล มีขั้นตอนดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน โดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) จัดเตรียมเอกสารและ ประชุมชี้แจงคณะทำงาน กำหนดช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และมอบหมายภารกิจ 3) ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานสร้างช่องทางการประสานงานและกำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผล 4) ประชุมชี้แจงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน 5) นำ แนวทางการพัฒนาในแต่ละกิจกรรมไปสู่การปฏิบัติตามแผนเช่นการจัดอบรมให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแก่ผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6) สะท้อนผลการปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ดีขึ้นร่วมกัน

2.4 ระยะที่ 4 การประเมินผล ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการ จากสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละระยะของการศึกษา 2) ด้านผลลัพธ์ จากคะแนน ความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการและการปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1-3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ใช้แผนที่ความคิดในการจัดกลุ่มข้อความสำคัญ และสรุปเป็นประเด็นหลัก วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมศึกษา สร้างข้อสรุปชั่วคราวและนำไปเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎี

ระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ สันเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันผลเสียและปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างตามหลักการแห่งปฏิญญาเฮลซิงกิของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยเรื่องหลักการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้วิจัยมีการปกปิด ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย สาเหตุการเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ได้จากเวชระเบียนอย่างเคร่งครัด ปกปิดเป็นความลับและนำมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามรหัส MSKH_ REC 65-01-103 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ก่อนการพัฒนา พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา ดังนี้

1.1 ไม่มีโครงสร้างการทำงานและระบบงานดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจนทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

1.2 การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่าแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประคับประคองและครอบครัวที่ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

และครอบครัว หอผู้ป่วยมีการจัดระบบการดูแลไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม มีการจำกัดระยะเวลาในการเยี่ยม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ขาดการประสานการส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในชุมชน

1.3 การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน พบว่าแนวทางการประเมินการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะความปวดในผู้ป่วยประคับประคองไม่ชัดเจน ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมต้องได้นำผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้ง

1.4 ความต่อเนื่องในการดูแล พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ เช่น เครื่องดูดเสมหะชุดให้ออกซิเจนเตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลไม่ชัดเจน ขาดการส่งต่อข้อมูลและประสานการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นระบบทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.5 การมีส่วนร่วมของทีม พบว่าหน่วยบริบาลบรรเทาทุกข์ขาดการมีส่วนร่วม PCWN ไม่มีบทบาทในหอผู้ป่วย นอกจากดูแลผู้ป่วยตามปกติทั่ว ๆ ไป ยังไม่ใช้แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง ส่งปรึกษาหน่วยตามคำสั่งแพทย์ ทีมแพทย์มาจากแพทย์อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม และวิสัญญีแพทย์ ยังไม่มีทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1.6 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลพบว่าการสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองไม่มีระบบที่ชัดเจน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนยังน้อย เช่น ญาติผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมารถรับจ้างเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้านในราคาแพงและเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง

1.7 การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พบว่าการวินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ชัดเจน ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม การดูแลในขณะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และภายหลังจากเสียชีวิตแล้วยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

หลังวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบท การจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรูปแบบเดิม ได้ทำการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา โดยทีมคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหารือกัน นำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

2.1 ด้านโครงสร้าง ยังไม่มีโครงสร้างการทำงานอย่างเป็นทางการ แต่มีโครงสร้างการทำงานโดยแพทย์ประจำครอบครัวและพยาบาล PCWN โดยมีแพทย์เวรรักษานอกเวลาราชการถึง 24:00 น. ร่วมกับระบบ Home ward มีสถานที่ตั้งคลินิกอย่างเป็นสัดส่วน

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื้อหาประกอบด้วย คำจำกัดความ บทบาทและหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่

ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม การวางแผนจำหน่าย แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนและแนวทางการดูแลผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตแล้ว

2.3 การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้มีการจัดประชุมให้ความรู้เรื่องการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับแพทย์ ประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลเรื่อง แนวทางและเครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบประคับประคอง จัดหอผู้ป่วยให้มี มุมสงบสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เรียกว่า “PC corner” ให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเฝ้าและเยี่ยมได้ ตลอดเวลา จัดเตรียมโซฟาที่ทำงานอนได้ มีตู้ข้างเตียงสำหรับใส่ของใช้ รวมทั้งประสานให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ประกอบศาสนกิจตามความเชื่อ เช่น นิมนต์พระมาตักบาตรที่เตียงผู้ป่วย ถวายสังฆทาน เป็นต้น เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา ถ้าผู้ป่วยและ ครอบครัวเลือกที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จะมีระบบสนับสนุนทั้งด้านเครื่องมือ เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องดูด เสมหะ ชุดให้ออกซิเจนและเครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น และการฝึกทักษะของผู้ดูแลจากศูนย์สาธิตการดูแล ต่อเนื่องรวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย มีระบบ บริการส่งต่อแบบเอื้ออาทรโดยร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่าง ๆ

2.4 การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน

2.4.1 จัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลเรื่องการประเมินความปวด การจัดการและบรรเทา ความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะความปวด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำเครื่องประเมินความปวดให้ ความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละวัย และกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้า มีการจัดตั้ง Pain clinic รับปรึกษาเรื่อง การจัดการ ความปวด และ Palliative care clinic ชื่อ หน่วยบริบาลบรรเทา ทำหน้าที่ รับปรึกษาการดูแล รักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองและมีระบบการบริหารยาให้กับผู้ป่วยแบบประคับประคองที่กลับไปดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ต้องนำผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล

2.4.2 การประเมินเพื่อวินิจฉัยความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยใช้ Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากร ในทีมที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย การให้คะแนน PPS ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และ ความรู้สึกรู้สิดำเนิน (14)

2.4.3 การจัดการความปวดและความทุกข์ทรมาน โดยจัดทำคู่มือแนวทางประเมินความปวด และการจัดการความปวดที่จัดทำร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีคลินิกบริบาลบรรเทาช่วยระงับปวด มีแนวทางการจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และ หลังจำหน่ายกลับบ้าน

2.5 การสนับสนุนการดูแลทั้งในระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านโดยการจัดหา เครื่องมือ อุปกรณ์สนับสนุนบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสนับสนุนครอบครัวในการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดตั้งศูนย์สาธิตการเรียนรู้เพื่อการดูแลต่อเนื่องการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการ ดูแลที่บ้าน ได้แก่ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วย เป็นต้น มีระบบการประสานกับแหล่ง ประโยชน์ในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2.6 ความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการ ดูแลรักษา โดยมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ และอำนวยความสะดวกเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการจัดระบบฐานข้อมูล

และตัวชี้วัดในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน โดยมีการส่งข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care center: COC)

2.7 การมีส่วนร่วมของทีม

2.7.1 หน่วยบริบาลบรรเทา (ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม) ได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ PCWN จำนวน 60 คน ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และทีมการพยาบาลชุมชนติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังภาวะสูญเสียด้วย ซึ่งบุคลากรหลักของทีมการดูแล ได้แก่ แพทย์แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว 4 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน 2 คน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในที่ผ่านการฝึกอบรมเบื้องต้นหอย 1-2 คน หน่วยบริบาลบรรเทาได้จัดบริการรับปรึกษาและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ส่งมาเพื่อรับการปรึกษาจากหน่วยงานอื่น ทั้งจากแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โดยออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ 1 วัน และรับปรึกษาจากแผนกผู้ป่วยในทุกวัน 8:00-24:00 น.

2.7.2 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลจากทีมการพยาบาลชุมชน โดยมีการจัดตั้งศูนย์สาธิตการเรียนรู้ (บ้านเสมือนจริง) เพื่อดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล เช่น การให้ออกซิเจน การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเจาะคอและการดูดเสมหะ

2.7.3 ได้รับการเรียนรู้การทำอาหารปั่นผสมที่หน่วยโภชนาการโดยทีมโภชนาการ

2.7.4 งานสังคมสงเคราะห์และการใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน โดยจัดให้มีระบบบริการส่งต่อแบบเอื้ออาทรร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิต่าง ๆ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมารถ การขอรับการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านจากผู้มีจิตศรัทธา และกำหนดแนวทางการยืมและส่งคืนอุปกรณ์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.8 การดูแลครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

2.8.1 จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การดูแลภายหลังเสียชีวิต เช่น จัดทำเปลส่งสุข เพื่อนำร่างผู้เสียชีวิตไปห้องนิติเวชอย่างมีศักดิ์และให้เกียรติผู้เสียชีวิต

2.8.2 สนับสนุนอุปกรณ์ประกอบศาสนพิธี เช่น การถวายสังฆทาน เทปธรรมะ การขออโหสิกรรม

2.8.3 การนิมนต์พระสงฆ์มาสวดข้างเตียง

2.8.4 กรณีญาติผู้เสียชีวิตมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชนขอสนับสนุนโลงศพและรถนำส่งศพกลับภูมิลำเนาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแล

3.1 ด้านโครงสร้าง หน่วยบริบาลบรรเทา ยังไม่มีโครงสร้างเป็นกลุ่มงานโดยตรง ขึ้นกับงานผู้ป่วยนอก คัดกรองและให้คำปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดูแลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มี PC Corner จำนวน 9 เตียง ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง Stroke อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง 1 และ อายุรกรรมหญิง 2 รวมเป็น 9 หอผู้ป่วย

3.2 ความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก 4.60 คะแนน จาก 5 คะแนน เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ด้านการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมระดับมากที่สุด 4.73 คะแนน จาก 5 คะแนน ความพึงพอใจด้านการได้รับข้อมูล 4.61 คะแนน จาก 5 คะแนน ความพึงพอใจด้านการดูแลความสุขสบาย และความพึงพอใจด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4.48 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.3 ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภาพรวมอยู่ในระดับมาก 4.09 คะแนน จาก 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดคือผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวควรได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4.74 คะแนน จาก 5 คะแนน รองลงมาคือการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ เป้าหมายการรักษาเป็นระยะมีส่วนสำคัญช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา 4.54 คะแนน จาก 5 คะแนน และการเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองทำให้ญาติ/ผู้ดูแลมีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองลงได้ 4.50 คะแนน จาก 5 คะแนน นอกจากนี้ผู้ให้บริการพึงพอใจ ยังพบว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยรวมร้อยละ 91.68 พฤติกรรมการปฏิบัติมากที่สุด 6 พฤติกรรม คือ การให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยประคับประคอง การจัดการกับอาการรบกวนของผู้ป่วยตามสภาพปัญหาอย่างเหมาะสม การเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย กรณีเสียชีวิตนำส่งร่างผู้เสียชีวิตโดยเปล่งสุโขไปยังแผนกนิติเวช และการประสานรถรับ-ส่งกลับบ้านถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการ ร้อยละ 100 รองลงมาคือการดูแลสภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 98 และประเมินปัญหาความต้องการผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ร้อยละ 96 พฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลประคับประคองน้อยที่สุด คือ ประเมินเพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยประคับประคองร้อยละ 66 รองลงมาคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ร้อยละ 80 และการบันทึกการตัดสินใจยินยอมให้การดูแลรักษาประคับประคองร้อยละ 88

3.4 หน่วยบริบาลบรรเทา (ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม) หลังพัฒนาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.4.1 มี PCWN จำนวน 60 คนที่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวปฏิบัติครบทุกหอผู้ป่วย เป็นเครือข่ายภายในโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง ถือเป็นจุดเด่นและจุดแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหนึ่งเดียวในเขต 7

3.4.2 มีทีมงานการพยาบาลชุมชนดูแลติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีกล่องยามหัตถ์จรรยา เป็นยาที่จำเป็นเร่งด่วนของงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อช่วยลดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลให้เกิดการลดการรอคอย ลดการแออัดในโรงพยาบาล และทำให้มีความมั่นใจในการจะเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางความอบอุ่นของคนที่คุณเองรัก

3.4.3 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังภาวะสูญเสีย พบว่าถ้าได้รับการดูแลดีตั้งแต่ต้น ควบคุมอาการที่ไม่สุขสบาย มีความเข้าใจในตัวโรค เข้าใจแผนการรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติ การดูแลหลังสูญเสียจะไม่เกิดการค้างคาใจ และรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้ดูแลคนที่ตนเองรักอย่างเต็มที่แล้ว การรู้สึกสูญเสียจึงน้อยลง

3.4.4 ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบทของโรงพยาบาล มีพยาบาลประจำศูนย์เป็น Coordinator จำนวน 1 คน ดูแลทั้งในโรงพยาบาลมหาสารคาม และเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งรับประสานการดูแลทั้งในเขตและนอกเขต

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาสารคามทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ PCWN ส่งผลให้บริการคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง ผลลัพธ์การนำระบบการดูแลประคับประคองที่พัฒนาขึ้น นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างจะพัฒนาได้ต้องขึ้นกับผู้บริหาร นโยบายเขต หรือนโยบายจากกระทรวง จึงจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จง่ายขึ้น เนื่องจากทีมบริหารจะทำหน้าที่ช่วยขับเคลื่อนนโยบายของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของเขตหรือกระทรวง

2. ด้านผู้รับบริการ ความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองพบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เนื่องมาจากได้รับการที่ได้มาตรฐาน ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่การบริการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม ได้รับการดูแลควบคุมอาการไม่สบายทั้งกายและใจ ได้รับการวางแผนชีวิต ได้ทำตามความประสงค์ในวาระท้ายของชีวิต รวมทั้งเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติมา โพธิศรี⁽¹⁵⁾ ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จากโรงพยาบาลสุบ้าน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสาวตรี มณีพงศ์ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด⁽¹⁶⁾

3. ด้านผู้ให้บริการ ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา โพธิศรี⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของสาวตรี มณีพงศ์ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก⁽¹⁶⁾ ร้อยละ 67.50 ผู้ให้บริการ ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยประคับประคองภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ให้บริการผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน มีการวางแผนอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาได้ตลอดผ่าน line group PCWN มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการทำงานของผู้ให้บริการ ทีมมีการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประสานการดูแล มีการกำกับติดตามการทำงาน มีเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน รวมทั้งสามารถประสานการดูแลกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ตลอดตั้งแต่เวลา 8:00 น. - 24:00 น. ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความมั่นใจ มีคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงทำให้ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลประคับประคองภาพรวมอยู่ในระดับมาก

4. ด้านคุณภาพบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลประคับประคองครอบคลุมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับสูงร้อยละ 91.68 สอดคล้องกับการศึกษาของ Costello and Raymond ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ด้านคุณภาพบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครอบคลุมตามแนวทาง ที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับสูง เนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่

การบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งมีการกำกับติดตามการทำงานตามมาตรฐานการดูแล จึงทำให้คุณภาพบริการครอบคลุมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับสูง

5. ด้านองค์กร เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเครือข่ายเข้มแข็ง มี PCWN กระจายครบทุกหอผู้ป่วย มีการสื่อสารปรึกษาผ่านกลุ่ม line group PCWN รพ.มหาสารคาม สามารถปรึกษากลุ่มได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง นอกโรงพยาบาลเครือข่ายเข้มแข็ง มี PCN กระจายครบทุก รพช.สามารถปรึกษากลุ่มได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านกลุ่ม line group ทีมประสานงาน PC จังหวัดมหาสารคาม จึงทำให้เกิดผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ เครือข่ายเข้มแข็ง เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

สรุปผลการศึกษา

ระบบเดิมของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามรูปแบบเดียวกัน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใหม่ โดยมี PCWN ครอบคลุมผู้ป่วย เป็นการกระจายเครือข่ายภายในที่เข้มแข็งครบทุกพื้นที่บริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีกระบวนการพัฒนาขึ้นตามลำดับ ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นในทางปฏิบัติในสถานการณ์จริงตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมสมอง จึงทำให้ผู้ให้บริการเกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกร่วมในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับมาก ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคามที่พัฒนาขึ้นโดยมีพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย จึงเกิดผลดีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพงาน

1.1 ด้านการบริหารเชิงนโยบาย

1.1.1 ควรส่งเสริมให้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ลงสู่ชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัด และมีการทบทวนแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

1.1.2 สนับสนุนให้มีการศึกษา การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาลและเครือข่าย PCWN เนื่องจากรูปแบบการศึกษาวิจัยจะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนางานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งในโรงพยาบาลมหาสารคามจะมีการจัดอบรม PCWN อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

1.1.3 สนับสนุนให้นำ model ระบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ไปใช้กับกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น โรคเรื้อรัง เป็นต้น

1.2 ด้านบริการหรือเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรเน้นพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การทำงาน เป็นทีมการพัฒนาฐานข้อมูลให้มีความทันสมัยครอบคลุมเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน และการสร้างเครือข่ายการดูแลแบบสหวิชาชีพ จากการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการดูแลที่เข้มแข็ง

1.2.2 ควรมีระบบการเตรียมความพร้อมและการเฝ้าระวังสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายจากแผนกผู้ป่วยในทุกรัฐพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารoundต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลในระยะยาว เกี่ยวกับการใช้แนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Palliative care [internet] 2022. [Cited 2023 July 18]
Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. นูรดีนี แม่เร้าะ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกันตพร ยอดไชย. อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู ประสบการณ์ของพยาบาล.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2560;37(3):74-82.
3. วารินา หนูพินิจ,กิตติกร นิลมานันต์,และเยาวรัตน์ มัชฌิม. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู.วารสารสภาการพยาบาล.2560;32(4):94-106.
4. มุกดา ยิ้มย่อง.การพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี.[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,คณะพยาบาลศาสตร์,บัณฑิตวิทยาลัย;นครปฐม:มหาวิทยาลัยศรีเตียน;2556.
5. World Health Organization. Palliative care: Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes 2007; Available from: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/index.html (Access September 1, 2018)
6. 67th World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated within the continuum of care. WHO Agenda item 9.4, January 23, 2014. http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf (Access September 1, 2018)
7. Stjernward J, Foley K, and Ferris F. The public health strategy for palliative care. J Pain Symp Manage 2007;33: 486-93.
8. Dahlin C. National Consensus Project for Quality Palliative care. In: Ferrel BR,ed. Structure and Process of Care. NY: Oxford University Press. 2015, p 1-11.
9. Fogelman PM and Bakitas M. Hospital-Based Palliative Care. In: Ferrel BR,ed. Structure and Process of Care. NY; Oxford University Press. 2015, p 13-46.
10. Health Data Center ; HDC.กระทรวงสาธารณสุข.[ออนไลน์] 30 กันยายน 2565[อ้างเมื่อ1ตุลาคม 2565].<https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc>.
11. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์. มาตรฐานคุณภาพการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง.ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
12. การพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง. ใน : ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ,ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ.แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล.ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560. หน้า 18-1.
13. วีระยุทธ ชาศะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558;2(1):29-49

14. บุศยมาส ชีวสกุลยง. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่: เวียงการพิมพ์; 2556.
15. รุติมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลสู่บ้าน [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
16. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ [รายงานการศึกษาอิสระปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
17. Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(1):59-68.
18. Raymond Chan RJ, Joan W, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 12;2(2):CD008006. doi:10.1002/14651858.CD008006.pub4. PMID: 26866512; PMCID: PMC6483701.