

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ชลธิรา ศรีสวัสดิ์, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบซีป (CIPP Model) คือการประเมินผลด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 38 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ดูแล, 2) แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย, 3) แบบประเมินความพึงพอใจ และ 4) บันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่ป่วยเป็น Advanced cancers ร้อยละ 73.68 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 71.05 เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 86.84 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 13.16 ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคือ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้ 1) การฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ญาติผู้ป่วย, 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง, 3) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโปรแกรม Smart COC เชื่อมการส่งข้อมูลทุกระดับ, 4) จัดตั้งทีม Rapid consulting services และ 5) พัฒนาระบบการส่งยา Palliative care การประเมินผลพบว่า อัตราการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 86.84 ผู้ป่วยมีอาการปวดได้ Strong opioid ร้อยละ 73.68 ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 92.11 ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 92.11 และผู้ดูแลมีความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะท้าย; การดูแลแบบประคับประคอง; การดูแลล่วงหน้า

* กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

^a Corresponding author: ชลธิรา ศรีสวัสดิ์ Email: chontirasrisawat@gmail.com

รับบทความ: 2 มิ.ย. 67; รับบทความแก้ไข: 30 มิ.ย. 67; ตอรับตีพิมพ์: 30 มิ.ย. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 3 ก.ค. 67

Palliative Care of Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province

Chontira Srisawat, M.D.^{*a}

Abstract

The objective of this evaluation research was to study the situation and effects of palliative care at Phibun Mangsahan district, Ubon Ratchathani province. This evaluation research used CIPP Model such as context, input, process and output. The primary target group of the study consisted of 38 caregivers and a multidisciplinary team of 12 people. The research instruments were 1) general information form of caregiver and relatives, 2) medical record examination form, 3) satisfaction assessment form and 4) group discussion form. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and content analyses.

Results of the situation and problems care of end-of-life patients revealed that 73.68 percent had advanced cancers, 71.05 percent lived with their family, 86.84 percent died at home and 13.16 percent died in the hospital. The problems regarding caring for end-of-life patients were lacking of knowledge and skills in caring for patients with complications among the relatives. The results of the development the patient care were as follows: 1) trainings to develop knowledge and skills for patients' relatives, 2) supporting equipment for continuing care, 3) developing a patient referral system from the Smart COC program, 4) having rapid consulting services and 5) delivering of pharmaceutical palliative care. The evaluating results of model found that 86.84 percent had family meetings and advance care planning, 73.68 percent of the patients used strong opioids for the management of moderate to severe pain, 92.11 percent used Thai traditional medicine, and 92.11 percent had palliative care at home. Caregivers' satisfaction with the palliative care was at a very high level.

Keywords: End-of-life patients; Palliative care; Advance care planning

^{*} Medical Doctor, Phibun Mangsahan Hospital, Ubon Ratchathani Province

^a Corresponding author: Chontira Srisawat Email: chontirasrisawat@gmail.com

Received: Jun. 2, 24; Revised: Jun. 30, 24; Accepted: Jun. 30, 24; Published Online: Jul. 3, 24

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการ ที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วย ทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและได้รับการเคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลทั้งตัวผู้ป่วยญาติ และบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยด้วย⁽¹⁾ ควรให้การรักษาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยทีมสุขภาพต้องตระหนักถึงการประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุม แล้วนำมาวางแผน และให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวมต่อไป⁽²⁾ เมื่อผู้ป่วยเข้าถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่มีความต้องการจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้นการมีระบบการติดตาม ดูแลต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้าน จะเป็นช่องทางในการสานต่อ การดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดังนั้นควรมีทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ หรือตามเวลาที่ขอให้ไป เพื่อตรวจรักษาอาการ และให้คำปรึกษาต่างๆ และหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก สามารถติดต่อทางโรงพยาบาล เพื่อกลับเข้ารักษาอีกครั้งได้ทันที เพื่อคลายความกังวลของญาติ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำตามความต้องการ⁽¹⁾ ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีมาตรฐาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ประกอบด้วยการประเมิน แบบองค์รวมรอบด้านทุกมิติทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการประเมินครอบครัว ผู้ดูแล การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะตัว การให้ข้อมูลและช่วยผู้ป่วย และครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า การทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี มีการส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้ทีมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้าย สามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต⁽³⁾

โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการทบทวนเกณฑ์การประเมิน/วินิจฉัยผู้ป่วย จัดทำการประชุมครอบครัว (Family meeting) และแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care plan: ACP) ระบบการส่งชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลที่บ้าน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม ทั้งผู้ป่วยและญาติ แต่พบว่าที่ผ่านมาไม่เคยมีการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่จะนำไปสู่การติดตาม ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะเป็นการประเมินและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และในเวลาที่เหมาะสมด้วย ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพินุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพินุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยประเมินผล (Evaluation research) โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามรูปแบบการประเมินผลแบบซิปปี้ (CIPP Model)^(8,17)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 จำนวน 38 คน และกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลประจำคลินิก เกสเซอร์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 38 คน และกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ใช้วิธีการเลือกเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (Z51.5) ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 38 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นบุคคลในครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 วันขึ้นไป เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีประวัติโรคทางจิตเวช คือ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคสมองเสื่อม

2) กลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน คัดเลือกจากทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Patient care team) ที่มีความรู้และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นประจำ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยอายุรกรรม 2 คน พยาบาลประจำคลินิก 1 คน เกสเซอร์ 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวมจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) มีค่า IOC ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.8-1.0 แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

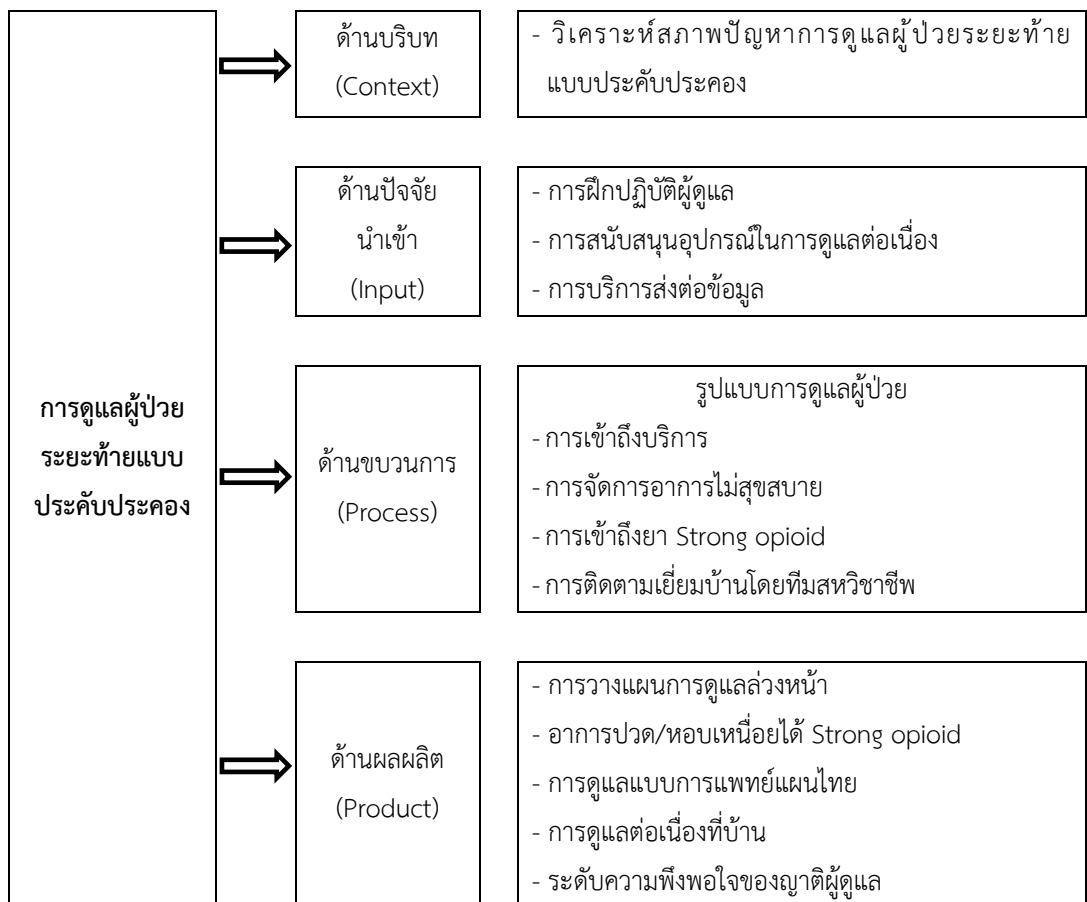
ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและสอบถามผู้ดูแล ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยระยะท้าย วันเดือนปีเริ่มวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย สิทธิการรักษา ลักษณะการอยู่อาศัย และกิจกรรมทางการแพทย์ที่ได้รับ การได้รับการพุงซีฟที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ก่อนเสียชีวิต และสถานที่เสียชีวิต

ตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง หาค่าความเที่ยง โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.82 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล คือ 5 ความพึงพอใจมาก 4 พึงพอใจ 3 เฉยๆ 2 ไม่พึงพอใจ 1 ไม่พึงพอใจมาก โดยนำคะแนนที่ได้แต่ละข้อ มาหาค่าเฉลี่ยรายด้านและคะแนนรวม คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลน้อย ซึ่งความพึงพอใจจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 6-30 คะแนน เกณฑ์การตัดสินระดับความพึงพอใจ ดังนี้ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ น้อย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มาก 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินด้านบริบท (Context evaluation) เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้วยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการพิจารณาถึงความเหมาะสม การฝึกปฏิบัติผู้ดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง การบริการส่งต่อ ความเหมาะสมของทรัพยากรต่างๆของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการหาข้อดี และข้อบกพร่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ใน 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย การเข้าถึงยา Strong opioid บรรเทาอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จากการสัมภาษณ์ทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. การประเมินด้านผลผลิต (Product evaluation) เพื่อวิเคราะห์อัตราการแผนการดูแลล่วงหน้า อัตราผู้ป่วยมีอาการปวด/หอบเหนื่อยได้ Strong opioid อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง



ภาพที่ 1 การดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลผลสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-82 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนดำเนินการวิจัย (การวางแผนงานวิจัยโดยคำนึงถึงหลักทางจริยธรรมการวิจัยและสิทธิของอาสาสมัคร/กลุ่มตัวอย่าง) ระหว่างดำเนินการวิจัย (การดำเนินการกับผู้ให้ข้อมูลอย่างเคารพในสิทธิ เช่น การชี้แจงวัตถุประสงค์

การเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโดยอิสระโดยปราศจากแรงกดดันและผลกระทบใดๆ) และหลังดำเนินการวิจัย (การจัดการกับความปลอดภัยของข้อมูลที่เก็บรวบรวม ระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และการจัดการกับข้อมูลเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยแล้ว เป็นต้น)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 38 คน อายุเฉลี่ย 49.44 ± 9.55 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.21 รายได้พอใช้ ร้อยละ 89.47 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 31.58 รองลงมาคือบุตร ร้อยละ 26.32 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 84.21 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 71.05 ป่วยเป็น Advanced cancers (ระยะแพร่กระจาย) ร้อยละ 73.68 เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 86.84 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 13.16 ดังแสดงตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในอำเภอพิบูลมังสาหาร (n=38)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศผู้ดูแล		
ชาย	11	28.95
หญิง	27	71.05
อายุเฉลี่ยผู้ดูแล (Mean$\pm$SD)		
20-39 ปี	4	10.53
40-60 ปี	25	65.79
60 ปีขึ้นไป	9	23.68
สถานภาพผู้ดูแล		
โสด	6	15.79
สมรส	32	84.21
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย		
พอใช้	34	89.47
ไม่พอใช้	4	10.53
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	10	26.32
คู่สมรส	12	31.58
ญาติ	6	15.79

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยระยะท้ายในอำเภอพิบูลมังสาหาร (n=38)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	32	84.21
จ่ายตรง/เบิกได้	5	13.16
ประกันสังคม	1	2.63
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่บ้านคนเดียว	6	15.79
อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	5	13.16
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	27	71.05
การวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยระยะท้าย (Z51.5,PPS≤50)		
Advanced cancers (ระยะแพร่กระจาย) (C00-C96 หรือ D37-D48)	28	73.68
Advanced chronic kidney disease (N185)	8	21.05
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (J44)	2	5.26
การได้รับการพองชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ก่อนเสียชีวิต		
ไม่ได้รับ	34	89.47
ใส่ท่อช่วยหายใจ	1	2.63
ได้รับยาพอง/เพิ่มความดันโลหิต	1	2.63
CPR	1	2.63
สถานที่เสียชีวิต		
บ้าน	33	86.84
โรงพยาบาล	5	13.16

การประเมินด้านบริบท

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลออกปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว สัปดาห์ละ 3 วัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. มีการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายผ่าน Line group และมีระบบ การส่งต่อผ่านรพพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 มีทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน และทางโทรศัพท์สอบถามญาติ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลต่อเนืองที่บ้าน แพทย์สามารถส่งยาในพื้นที่ ออกใบสั่งแพทย์ให้ผู้ดูแลมารับยาที่โรงพยาบาล และมีตารางแพทย์ และสหวิชาชีพ ออกทุก รพ.สต อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการฝึกปฏิบัติดังนี้ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 84.21 การใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 86.84 และการดูแลออกซิเจน ร้อยละ 81.58 และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ ให้ยืมที่นอนลม ร้อยละ 84.21 และให้ยืมเตียงปรับระดับ ร้อยละ 84.21 ส่งต่อให้เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และประสานงานขอความช่วยเหลือจากท้องถิ่น ร้อยละ 97.37

ตารางที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n=38)

กิจกรรม	จำนวนที่ได้รับ	ร้อยละ
การฝึกปฏิบัติผู้ดูแล		
- การให้อาหารทางสายยาง	32	84.21
- การทำแผล	13	34.21
- การใส่สายสวนปัสสาวะ	33	86.84
- การดูแลออกซิเจน	31	81.58
- การพ่นยา	30	78.95
การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง		
- ให้ยืมเครื่องดูดเสมหะ	4	10.53
- ให้ยืมรถเข็น	1	2.63
- ให้ยืมที่นอนลม	32	84.21
- ให้ยืมเตียงปรับระดับ	32	84.21
- ให้ยืมถังออกซิเจน	13	34.21
- ให้ยืม Syringe driver	6	15.79
- สนับสนุนชุดทำแผล	13	34.21
- สนับสนุนอุปกรณ์พ่นยา	12	31.58
การบริการและส่งต่อ		
- บริการรถรับส่งมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการฉุกเฉิน	12	31.58
- ประสานงานขอความช่วยเหลือจากท้องถิ่น	37	97.37
- ส่งต่อให้เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	37	97.37
การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน		
- เยี่ยมและให้บริการที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	35	92.11
- เยี่ยมและให้บริการที่บ้านโดยทีมเครือข่าย	35	92.11
- เยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	12	31.58

การประเมินด้านกระบวนการ

1. การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย

การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ กับ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายมีความล่าช้า ข้อมูลตกหล่น สูญหาย ควรพัฒนาระบบส่งต่อโดยบันทึกข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโปรแกรม Smart COC เชื่อมการส่งข้อมูลทุกระดับ

การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัคร และคนในชุมชนยังไม่ครบทุกพื้นที่ ควรมีการอบรม อสม. ในการช่วยประเมิน ค้นหา และคัดกรองผู้ป่วย และของบประมาณท้องถิ่นสนับสนุนค่าตอบแทนอาสาสมัคร (ตารางที่ 4)

2. การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย

การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล พบว่าการเข้ารับการรักษายังไม่ทั่วถึง พื้นที่อยู่ไกล การเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 ต้องรอนาน ผู้ป่วยบางรายไม่มีรถต้องจ้างเหมารถในหมู่บ้านนำส่ง ควรพัฒนาระบบการส่งต่อทุกตำบล โดยประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน พบว่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เตียง เบาะลม และ Syringe driver ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายต้องรอนานกว่าจะได้รับ ควรจัดตั้งทีม Rapid consulting services กรณีเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ ควรมีสายด่วนให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และจัดหาอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้านให้เพียงพอ (ตารางที่ 4)

3. การเข้าถึงยา Strong opioid บรรเทาอาการอย่างมีคุณภาพ

ผู้ดูแลบางคนยังมีความกลัวที่จะให้ยากลุ่ม Opioids รวมทั้งเครือข่ายชุมชน เช่น อสม. ยังขาดความรู้การใช้ยากลุ่ม Opioids กับผู้ป่วยระยะท้าย ควรให้ความรู้ผู้ดูแลในการใช้ยากลุ่ม Opioids แพทย์สามารถจ่ายยาที่ รพ.สต. ผ่านระบบการส่งยา Palliative care delivery ส่งยากลุ่ม Opioids ให้ผู้ป่วยที่บ้าน และเภสัชกรติดตามการใช้ยาโดย Tele-pharmacy (ตารางที่ 4)

4. การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครบตามเกณฑ์ (6 ครั้งต่อคน) ทีมสหวิชาชีพไม่ได้ออกหน่วย ร่วมกับแพทย์ครบทุกครั้ง บางครั้งไม่มีโภชนากร บางครั้งไม่มีเภสัชกร หรือนักกายภาพบำบัด ควรมีการจัดทำแผนการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และกำหนดพยาบาลในการจัดการรายกรณี มีการสรุปผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกเดือน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินด้านกระบวนการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย ในอำเภอ
พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อเสนอแนะ
1.1 การรับส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
- มีพยาบาล รพ.สต.ประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยผ่านทาง Line group ระหว่าง รพ.ศ. กับ รพ. และ รพ.สต. เครือข่าย	- การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแล ระหว่าง รพ.ศ. กับ รพ. และ รพ.สต. เครือข่าย ลำบาก - การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย ตกหล่น ไม่ได้รับการส่งต่อ เอกสารสูญหาย	- พัฒนาระบบส่งต่อโดยบันทึก ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในโปรแกรม Smart COC เชื่อมการส่งข้อมูลทุกระดับ ระหว่าง รพ.ศ. กับ รพ. และ รพ.สต
1.2 การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัคร และคนในชุมชน		
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่งข้อมูล ผู้ป่วยให้ รพ.	- การค้นหาโดยอาสาสมัคร และ คนในชุมชนยังไม่ครบทุกพื้นที่	- ควรมีการอบรม อสม. ในการช่วยประเมิน ค้นหา และคัดกรองผู้ป่วย - ขอบงบประมาณท้องถิ่นสนับสนุน ค่าตอบแทนอาสาสมัคร
2.1 การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล		
- ระบบการส่งต่อผ่านรพพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 - แพทย์และทีมสหวิชาชีพ ออกเยี่ยมบ้านทุกเดือน - มีกลุ่ม Line ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต รายงานอาการผู้ป่วย	- การเข้ารับการรักษายังไม่ทั่วถึง - บางพื้นที่อยู่ไกล การเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 ต้องรอนาน ผู้ป่วย บางรายไม่มีรถต้องจ้างเหมารถ ในหมู่บ้านนำส่ง	- พัฒนาระบบการส่งต่อทุกตำบล โดยประสานงานกับ รพ.สต/อปท.
2.2 การจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน		
- ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน และทางโทรศัพท์สอบถามญาติ - มีการสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	- อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เตียง เบาะลมและ Syringe driver ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายต้องรอนานกว่าจะได้รับ	- จัดตั้งทีม Rapid Consulting Services กรณีเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ควรมีสายด่วนให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - จัดหาอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้านให้เพียงพอ

**ตารางที่ 4 (ต่อ) ผลการประเมินด้านกระบวนการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย ในอำเภอ
พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี**

ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อเสนอแนะ
3.1 การให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้ยากลุ่ม Opioids ให้มีความมั่นใจในการให้ยาภายใต้คำสั่ง การรักษาของแพทย์		
- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ทุกรายที่จำเป็นต้องได้รับ - สหวิชาชีพและเภสัชกรมีการทบทวนติดตามปัญหาการใช้ยาที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - แพทย์สามารถสั่งยาในพื้นที่ออกไปส่งแพทย์ให้ผู้ดูแลมารับยาที่โรงพยาบาล	- ผู้ดูแลบางคนยังมีความกลัวที่จะให้ยากลุ่ม Opioids กับผู้ป่วย - อสม.ยังขาดความรู้การใช้ยา กลุ่ม Opioids กับผู้ป่วยระยะท้าย	- ให้ความรู้ผู้ดูแลในการใช้ยา กลุ่ม Opioids - แพทย์สามารถจ่ายยาที่ รพ.สต. ผ่านระบบการส่งยา Palliative care delivery ส่งยา กลุ่ม Opioids ให้ผู้ป่วยที่บ้าน และเภสัชกรติดตามการใช้ยา โดย Telepharmacy - โครงการให้ความรู้ อสม./เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เรื่อง การใช้ยา กลุ่ม Opioids กับผู้ป่วยระยะท้าย
4.1 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ		
- มีตารางแพทย์และสหวิชาชีพ ออกทุก รพ.สต อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	- ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครบตามเกณฑ์ (6 ครั้งต่อคน) - ขาดสหวิชาชีพในการออกเยี่ยม บาง รพ.สต. - ทีมสหวิชาชีพไม่ได้ออกหน่วยร่วมกับแพทย์ครบทุกครั้งบางครั้งไม่มีโภชนากร บางครั้งไม่มีเภสัชกรหรือนักกายภาพบำบัด	- ควรมีการจัดทำแผนการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและกำหนดพยาบาลในการจัดการรายกรณี - มีการสรุปผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกเดือน

การประเมินด้านผลผลิต

อัตราการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 86.84 อัตราผู้ป่วยมีอาการปวด/ หอบเหนื่อย ได้ Strong opioid ร้อยละ 73.68 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 92.11 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 92.11

ตารางที่ 5 การประเมินด้านผลผลิตของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n=38)

กิจกรรม	ได้รับ	ร้อยละ
การประชุมครอบครัว	33	86.84
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	33	86.84
มีอาหารปวด/หอบเหนื่อยได้ Strong opioid	28	73.68
การดูแลแบบการแพทย์แผนไทย	35	92.11
ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	35	92.11

ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.56 ± 0.49) โดยหัวข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ (4.68 ± 0.47) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน (4.60 ± 0.54) การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล (4.57 ± 0.50) และการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัครและคนในชุมชน (4.57 ± 0.50)

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ (Mean±SD)	การแปลผล
การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย		
- การรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ/ผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	4.50 ± 0.60	พึงพอใจมากที่สุด
- การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัคร และคนในชุมชน	4.57 ± 0.50	พึงพอใจมากที่สุด
การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย		
- การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล	4.57 ± 0.50	พึงพอใจมากที่สุด
- การจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน	4.60 ± 0.54	พึงพอใจมากที่สุด
การเข้าถึงยา Strong opioid บรรเทาอาการอย่างมีคุณภาพ		
- การให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้ยากลุ่ม opioids ให้มีความมั่นใจในการให้ยาภายใต้คำสั่งการ รักษาของแพทย์	4.52 ± 0.64	พึงพอใจมากที่สุด
การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ		
- การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ	4.68 ± 0.47	พึงพอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.56 ± 0.49	พึงพอใจมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งข้อมูลไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมและให้ข้อมูลในการร่วมดูแลผู้ป่วย มีการจัดเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนที่จะกลับไปใช้ชีวิต ในระยะสุดท้ายที่บ้าน รวมถึงจัดทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมสำรวจผู้ป่วย ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และโภชนาการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิตใจ โดยแพทย์ ประเมินและให้การดูแลรักษาปัญหาอาการต่างๆ ของผู้ป่วย พยาบาลให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการ อาการไม่สบายของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย เภสัชกรประเมินการใช้ยาและสอนการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกขนาด และถูกวิธี นักกายภาพบำบัดประเมินสภาพร่างกาย และให้คำแนะนำการจัดโปรแกรมดูแลกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โภชนาการจัดเตรียมอาหารและปรับปรุง ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงฝึกทักษะญาติในการเตรียมอาหาร ซึ่งผู้ป่วยได้รับการประชุมครอบครัว และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 86.84 ผู้ป่วยมีอาการปวดได้ Strong opioid ร้อยละ 73.68 ผู้ป่วย ได้รับการดูแลความไม่สบายแบบการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 92.11 และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 92.11 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีทีมผู้รับผิดชอบดูแลชัดเจน สามารถให้คำแนะนำและปรึกษากับญาติและผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้าน และติดตามครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหวังสูงสุด คือ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ควรมีการจัดกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย ได้แก่ การฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ญาติผู้ป่วย การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโปรแกรม Smart COC เชื่อมการส่งข้อมูลทุกระดับ จัดตั้งทีม Rapid consulting services และพัฒนาระบบการส่งยา Palliative care

การศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนมากเสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 86.84) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวใหญ่ มีญาติ คอยให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ประกอบกับความเชื่อทางท้องถิ่น ความเชื่อของผู้ป่วย และความต้องการ ของครอบครัว จึงเลือกเสียชีวิตที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคองในการศึกษานี้ระดับมากที่สุด โดยให้คะแนนการเข้าถึงบริการ การจัดการอาการไม่สบาย มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีณย์ เดชประภัสสร ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากทีมสหวิชาชีพทำให้ ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนด้านความอบอุ่นใจ และไว้วางใจ ความสะดวก และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด⁽⁴⁾ นอกจากนี้จากการศึกษา สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และคณะ พบว่าการดูแล แบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้น ช่วยลดความเครียดและความเสี่ยง ต่อโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักได้⁽⁵⁾ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทา และสิ่งที่สำคัญควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลและเข้าร่วม

ในกิจกรรม เพื่อลดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและไม่เป็นภาระ อีกทั้งยังช่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้นได้อีกด้วย⁽⁶⁾ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต ก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ ผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้⁽⁷⁾

ในระยะท้ายผู้ป่วยมักมีอาการรบกวนต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลต่อผู้ดูแลหรือครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลไม่สบายใจ และก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศก ทิมนดูแลที่มีทักษะในการควบคุมอาการ จัดการภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสบาย จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งผลให้ครอบครัวลดความเศร้าโศก ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล⁽⁸⁾ สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จ ความปรารถนาหรือความใฝ่ฝันที่ค้างคาใจเหล่านี้จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ⁽⁹⁾ และควรเพิ่มการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเร็วขึ้น โดยที่ยังไม่สูญเสียระดับการดูแลตนเองไปมาก ด้วยการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานให้ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ในชุมชนเพิ่มขึ้น และออกค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการแบบเชิงรุก ทำให้สามารถนำผู้ป่วยเข้ามารับการบริการได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งหน้า ควรทบทวนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการแบบประคับประคองได้เร็วขึ้น รวมถึงการกลับมารักษากลับในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคระยะท้าย มีสาเหตุมาจากทั้งด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัว และการตัดสินใจวางแผนดูแลล่วงหน้า ดังนั้น ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพต่อไป
2. การวางแผนการจำหน่ายที่ดี สามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลได้รับการประเมินการดูแล และฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพและสามารถขอคำปรึกษาได้ อีกทั้งลดการเข้ามานอนโรงพยาบาลโดยไม่มีความเป็น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความช่วยเหลือให้การศึกษาค้นคว้า ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Asawateerakun N, Wongkham P, Puangpho T. Palliative Care. Nonthaburi: Nationnal Health Commission Office 2013.
2. Soowit B, Panasakulkan S, Muksiritipanun B. The Assessment of the Suffering Symptoms in Palliative Care Patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2015;35(1):153-64.
3. Prakongruk Palliative Care Center. Quality Standards for Palliative Care. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2021.
4. Dejprapasorn S. Study of Medical Care Provided for End-of-Life Patients at Ban Muang Hospital, Sakon Nakhon. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018;21(3):54-63.
5. Boonyoung S, Wisai K. 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. Lanna Public Health Journal 2020;16(2):103-17.
6. Onanong W, Matchim Y. End-of-Life-Care Program for Enhancing Good Death Among Cancer Patients: A literature review. Songklanagarind Journal of Nursing 2519;39(1):158-69.
7. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The Effects of an End-of-life Care Program on The Palliative Care Outcomes and Perceived Peaceful End of Life Among End-stage Cancer Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020;21(2):315-23.
8. Khunpinit K, Chaiviboontham S, Pokpalagon P. Association between the quality of palliative care and grief of bereaved families. Journal of Health Science Research 2020;14(3):24-35.
9. Prakongruk Palliative Care Center. Guidelines for Palliative and End of Life Care. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2021.