



ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก

The result of Palliative care for terminally ill patients in Plapak district community

อัคนีวรุท วงศ์ชมพู*

Ackneewut Wongchompoo*

E-mail: taowongchompoo@gmail.com

(Received : November 13, 2024 / Revised : 13 December, 2024 / Accepted : December 31, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 29 คน ผู้ดูแลหลัก 29 คน และทีมสหวิชาชีพ 16 คน ในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ลักษณะทั่วไป ด้วยร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลความแตกต่างของคะแนนความรู้และระดับความรู้ของผู้ดูแลหลัก คะแนนความรู้ และระดับความรู้ของทีมสหวิชาชีพ คะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) คะแนน Palliative care outcome scale (POS) คะแนนการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ผลคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) คะแนนประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) คะแนนประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) , Palliative care outcome scale (POS) คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เช่น ปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ลดลง 9Q, 8Q ลดลง ส่วนผลคะแนนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ มีระดับความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก

การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ อันจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน; ทีมสหวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม



Abstract

This study aimed to study the results of using the palliative care model in the community of Plapak District, Nakhonphanom Province. It was an action research on 29 terminally ill patients, 29 primary caregivers, and 16 multidisciplinary teams during January-March 2024. Purposive sampling was used to compare one group before and after the experiment. General characteristics were analyzed by percentages, and the results of the comparison of knowledge scores and knowledge levels of primary caregivers and multidisciplinary teams were analyzed using mean and standard deviation statistics. Palliative care Performance Scale (PPS), Palliative care outcome scale (POS), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) distress assessment scores, depression screening results (2Q), depression assessment scores (9Q), and suicide assessment scores (8Q) were analyzed using mean and standard deviation statistics. Paired t-test at a statistical significance level of 0.05.

The results revealed that PPS and POS scores decreased, indicating a reduction in various distressing symptoms and both physical and psychological suffering among patients. Symptoms such as pain, drowsiness, fatigue, weakness, nausea, depression, anxiety, loss of appetite, shortness of breath 9Q and 8Q were alleviated. Meanwhile, the knowledge scores and knowledge levels of primary caregivers and the multidisciplinary team significantly improved, with a P-value < 0.05. Both the families and the multidisciplinary team expressed high levels of satisfaction with the care provided.

An appropriate care model tailored to terminally ill patients allow for problem-specific interventions, leading to improved quality of life. It is recommended to further develop the palliative care model for terminally ill patients and use it as a framework for communication within multidisciplinary teams to ensure sustainability.

Keywords: terminally ill patients; community-based palliative care model; multidisciplinary team

*Registered Nurse, Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province



บทนำ

จากสถานการณ์ทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 78.00 ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง¹ ในปี ค.ศ. 2011 พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.40 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6.00 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25.00 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69.00 โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.47 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.59 โรคไต ร้อยละ 2.02 โรคตับแข็ง ร้อยละ 1.07 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.65 และอื่น ๆ² สำหรับประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข³ ปีงบประมาณ 2562 พบว่า เป็นผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 33.65 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93²

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลปลาปาก ให้บริการดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่ 50,282 คน (ข้อมูลกลางปี 2565) มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม Clinical Palliative Care for Community Nurse ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแล 1 คน จากข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอำเภอปลาปาก พบว่า มีอัตราป่วยรายใหม่ในปี 2563-2565 คือ 157.69, 217.30 และ 126.92 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีอัตราตาย 115.38, 136.00 และ 84.61 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ สำหรับปี 2565 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 69 คน เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 17.39 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 82.60 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 81.15 ภาวะหัวใจล้มเหลว 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.24 ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.34 และโรคอื่น ๆ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.24 ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 81.15 จากการประเมินตามแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment

System (ESAS) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) 20-30% ปี 2563-2565 ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ยังพบอาการรบกวนที่พบบ่อย ดังนี้ อาการปวด ร้อยละ 36.82, 37.70 และ 34.39 เหนื่อย อ่อนเพลีย ร้อยละ 87.39, 84.12 และ 85.65 คลื่นไส้ ร้อยละ 5.35, 5.72 และ 4.84 ซึมเศร้า ร้อยละ 4.62, 5.32 และ 3.62 วิตกกังวล ร้อยละ 6.23, 4.10 และ 4.21 ง่วงซึมสับสนสับสน ร้อยละ 86.23, 76.20 และ 85.57 เบื่ออาหาร ร้อยละ 82.32, 7.36 และ 85.67 รู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ ร้อยละ 4.36, 7.54 และ 7.55 เหนื่อยหอบ ร้อยละ 24.25, 19.56 และ 18.83 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังมีอาการที่สามารถจัดการได้ด้วยด้วยรูปแบบการดูแลประคับประคอง เช่น ยังมีอาการปวดและเหนื่อย ซึ่งแสดงว่ายังมีความจำเป็นต้องปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เดิมการวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพแบ่งหน้าที่ยังไม่ชัดเจน การเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเป็นวิชาชีพพยาบาลทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ในส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาลมีภาวะเครียดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลงไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้⁴⁻⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่และเครือข่ายชุมชนที่ทำงานร่วมกันยังมีไม่ถึงร้อยละ 90⁷ อย่างไรก็ตามการดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลปลาปาก พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุฉุกเฉิน งานบริการด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวมและพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอ มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านนี้ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่าง ๆ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาตัว ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ICD10 z515) โดยแพทย์เจ้าของไข้ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลปลาปาก จะได้รับลงทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ก่อนกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน

มีการประสานทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการจะนัดเดือนละ 1 ครั้ง กรณีผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการเร่งด่วนให้ญาติประสานการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถจัดการปัญหานั้นได้ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมและทีมสหวิชาชีพจะลงเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้คำแนะนำการดูแลแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกส่งมาให้กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ผ่านกลุ่มเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นจะนำข้อมูลให้แพทย์โรงพยาบาลปากปลาทองยืนยันการวินิจฉัยเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แล้วดำเนินการเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่ ในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงาน ดูแลงานการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนของโรงพยาบาลปากปลาทอง ทำหน้าที่การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นผู้ประสานการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งชุมชน

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก
2. ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบกลุ่มเดียวคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรครองด้วยรหัส z515 จากแพทย์โรงพยาบาลปากปลาทอง และยังรับการดูแลต่อที่บ้าน ในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 29 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลหลักที่รับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 29 คน

กลุ่มที่ 3 ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในโรงพยาบาลปลาปาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอปลาปาก คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจวางแผนดูแลผู้ป่วย โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

1.2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative care Performance Scale for Adult Suandok (PPS-Adult Suandok) มีการให้ค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0-100

1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลรามารัตติ ระดับการวัดแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

1.4 แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q) ของกรม สุขภาพจิต ประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม ถ้าคำตอบ คือ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ คือ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ หมายถึง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่มีอาการใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันที่ถาม โดยทุกข้อมีคำตอบให้เลือก คือ ถ้าไม่มีอาการเลยมี 0 คะแนน เป็นบางวันใน 1-7 วัน 1 คะแนน เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน เป็นทุกวัน 3 คะแนน ถ้าคะแนนรวมที่ได้ 0-6 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน ซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง กรณีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ต่อ แบบคำถาม 8Q ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ถ้าคะแนนรวมทุกข้อ คือ 0 คะแนน แสดงว่าไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ในปัจจุบัน 1-8 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย 9-16 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันในระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ในระดับรุนแรง

1.5 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale) ฉบับแปลภาษาไทย โดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฉบับใช้ถามผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 ถ้าค่าคะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ค่าคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ

1.6 แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการสอบถามผู้ดูแลหลักที่บ้าน ประกอบด้วย คำถามถูกผิด 21 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงเนื้อหาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล ของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการแปลผลดังนี้ คือ ค่าคะแนน 0-6 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย ค่าคะแนน 7-13 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และค่าคะแนน 14-21 มีความรู้ในระดับมาก

1.7 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 นำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ มีค่าคะแนน 1-5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ 3 คะแนน เฉย ๆ 4 คะแนน พึงพอใจ 5 คะแนน มีความพึงพอใจมาก

1.8 แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการสอบถามทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย คำถามถูกผิด 21 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นโดยอ้างอิงเนื้อหาจากเอกสารประกอบการอบรม Clinical Palliative Care for Community Nurse ของศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการแปลผลดังนี้ คือ ค่าคะแนน 0-6 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย ค่าคะแนน 7-13 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และค่าคะแนน 14-21 มีความรู้ในระดับมาก

1.9 แบบประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา วิชาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยหัวข้อที่ให้ประเมิน 6 ข้อ ประกอบด้วย โครงสร้างการทำงานการสนับสนุนทางวิชาการ การประสานงาน ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การประเมินผลการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

มีค่าคะแนน 1-5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ 3 คะแนนเฉย ๆ 4 คะแนน พึงพอใจ 5 คะแนน มีความพึงพอใจมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแลของศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ้างอิงเนื้อหาจากคู่มือและดำเนินการตามขั้นตอน^๑

2.2 เอกสารประกอบการอบรม Clinical palliative care for Community Nurse จัดทำโดย ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น^๑

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักนั้น ได้นำไปทดสอบกับผู้ที่เคยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson procedure โดยใช้สูตร KR20 มีค่าเท่ากับ 0.846

2. แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ ได้นำไปทดสอบกับสหวิชาชีพที่เคยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคองจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson procedure โดยใช้สูตร KR20 มีค่าเท่ากับ 0.897

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล PPS-Adult, POS, ESAS, 2Q,9Q,8Q เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานแล้ว

4. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ของผู้ดูแลหลัก ของสหวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 1 คน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยหลัก มีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย เตรียมความรู้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลหลักและชี้แจงการประสานงานทีมสหวิชาชีพ ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยวงจรที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

- ประชุมทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน

- เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting)

- อบรมทีมสหวิชาชีพ

- เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

1. การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ด้วยแบบบันทึก
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน PPS-Adult Suandok

3. ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการด้วยแบบประเมิน ESAS

4. ประเมินโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q

5. สัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ
ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

6. ประเมินด้วยแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง POS

7. ประเมินความรู้ผู้ดูแลหลักด้วยแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล

8. ให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลักและมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล

9. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความต้องการและการทำ

พินัยกรรมชีวิต (Living will)

ดำเนินการเหมือนครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ไม่ได้ประเมิน POS และไม่ได้มอบ
คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและบันทึกผล

- ประเมินความรู้ที่ทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการให้การอบรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล

- ประชุมทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการปัญหา

และอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปปรับปรุงการดำเนินการในวงจรที่ 2

การดำเนินการวิจัยวงจรที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนใหม่ (Re-planning)

- ประชุมทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการเยี่ยมบ้านในวงจรที่ 1 มาใช้ปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น

- เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Re-acting)

- เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 ห่างกัน 2 สัปดาห์

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ดำเนินการเหมือนครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ไม่ได้ประเมิน POS และไม่ได้มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ดำเนินการเหมือนครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ไม่ได้มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล มีการประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและบันทึกผล (Re-observing)

ประเมินผลความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในพื้นที่อำเภอปลาปาก หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Re-reflecting)

ประชุมทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคและ
ความสำเร็จที่เกิดขึ้น แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ การวินิจฉัยโรค และลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้วยร้อยละ
2. คะแนนและระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ทีมสหวิชาชีพ จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างผลประเมินคะแนนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างผลประเมินคะแนน PPS-Adult Suandok, POS, ESAS, 2Q, 9Q, 8Q จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครพนม เลขที่ REC 141/66 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
ให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักของการเข้าร่วม
การวิจัย และตามขั้นตอนการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกเฉพาะที่เกี่ยวข้องและถือเป็นความลับ
การนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 62.1 นอกนั้นเป็นเพศชาย มีอายุ >70 ปี อายุ 50-59 ปี อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.80,
34.50, 10.40 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มียารักษาต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทป่วยเป็นโรคมะเร็งที่พบมาก
คือ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม จำนวน 9, 6 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.0, 20.7 และ
17.20 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น บุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 62.10 ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจส่วนใหญ่
คือ ตัวผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 55.20 (ดังตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ การวินิจฉัยโรค (n = 29)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	37.90
หญิง	18	62.10
อายุ (ปี)		
30-39	1	3.50
40-49	2	6.90
50-59	10	34.50
60-69	3	10.40
70 ปีขึ้นไป	13	44.80
การศึกษา		
ประถมศึกษา	22	75.90
มัธยมศึกษา	7	24.10
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.30
สมรส	16	55.20
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	34.50
รายได้ (บาท/เดือน)		
1,001-<5,000	12	41.40
5,001-10,000	8	27.60
10,001-15,000	2	6.90
15,001-20,000	2	6.90
>20,000	5	17.20
สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ	25	86.20
ประกันสังคม/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.80



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ การวินิจฉัยโรค (n = 29) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	6	20.70
พ่อ แม่	1	3.50
บุตร หลาน	18	62.10
พี่ น้อง	3	10.30
อื่นๆ	1	3.50
ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ		
ตัวผู้ป่วยเอง	16	55.20
คู่สมรส	2	6.90
บุตร หลาน	10	34.50
พี่ น้อง	1	3.50
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งท่อน้ำดี	9	31.00
มะเร็งเต้านม	5	17.20
มะเร็งตับ	1	3.50
มะเร็งถุงน้ำดี	1	3.50
มะเร็งลำไส้ใหญ่	6	20.70
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	3.50
มะเร็งปอด	2	6.90
มะเร็งรังไข่	1	3.50
มะเร็งหลอดอาหาร	1	3.50
มะเร็งหลังโพรงจมูก	1	3.50
โรคอื่น	1	3.50



ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.5 มีอายุ 40-49 ปี 50-59 ปี และน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.5 20.7 และ 17.2 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับมัธยมศึกษา และส่วนใหญ่มีรายได้ ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข วิชาชีพละ 1 คน (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=29)

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	34.50
หญิง	19	65.50
อายุ (ปี)		
<30	5	17.20
30-39	2	6.90
40-49	10	34.50
50-59	6	20.70
60-69	4	13.80
70ปีขึ้นไป	2	6.90
การศึกษา		
ประถมศึกษา	10	34.50
มัธยมศึกษา	15	51.70
อนุปริญญา	1	3.50
ปริญญาตรี	3	10.30
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.30
สมรส	26	89.70



ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=29) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
1,001-<5,000	12	41.40
5,001-10,000	10	34.50
10,001-15,000	2	6.90
15,001-20,000	2	6.90
>20,000	3	10.30
สหสาขาวิชาชีพ		
แพทย์	2	12.50
เภสัชกร	1	6.30
พยาบาลวิชาชีพ	10	66.30
นักกายภาพบำบัด	1	6.30
แพทย์แผนไทย	1	6.30
นักวิชาการสาธารณสุข	1	6.30

ผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ มีผลระดับคะแนนความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก (ดังตารางที่3)

ตารางที่ 3 คะแนนระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ (n=29)

คะแนนความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
ผู้ดูแลหลัก (n=29)	ทีมสหวิชาชีพ (n=16)	
Mean±SD	mean±SD	
10.83±4.17	4.69±4.64	พึงพอใจมาก
5.69±4.17	18.25±4.12	พึงพอใจ

ผลคะแนนความรู้และระดับความรู้ของผู้ดูแลหลัก หลังให้ความรู้ มีความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 16.93 ± 1.25 ($P\text{-value} = 0.001$) และระดับความรู้หลังให้ความรู้ เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 3.00 ± 0.00 ($P\text{-value} = 0.001$) ผลประเมินคะแนนความรู้ของทีมสหวิชาชีพหลังอบรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 19.13 ± 1.36 ($P\text{-value} = 0.001$) และระดับความรู้หลังอบรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 3.00 ± 0.00 ($P\text{-value} < 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างผลประเมินคะแนนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ ($n=29$)

คะแนน	Before	After	Mean diff	P-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
ผู้ดูแลหลัก				
ความรู้	13.17 $\pm$ 1.77	16.93 $\pm$ 1.25	-13.253	0.001*
ระดับความรู้	2.48 $\pm$ 0.51	3.00 $\pm$ 0.00	-5.477	0.001*
ทีมสหวิชาชีพ				
ความรู้	15.44 $\pm$ 1.82	19.13 $\pm$ 1.36	-16.891	0.001*
ระดับความรู้	2.75 $\pm$ 0.45	3.00 $\pm$ 0.00	-2.236	<0.05*

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ผลการประเมินคะแนนหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 คะแนนลดลงเฉลี่ย PPS เป็น 63.79 ± 11.77 ($P\text{-value} < 0.001$), POS 9.34 ± 2.85 ($P\text{-value} < 0.001$), ESAS; ปวด 1.86 ± 1.12 ($P\text{-value} = 0.001$), ง่วงซึม 0.90 ± 1.69 ($P\text{-value} = 0.054$) เหนื่อย อ่อนเพลีย 4.03 ± 2.51 ($P\text{-value} = 0.319$), คลื่นไส้ 0.38 ± 0.82 ($P\text{-value} < 0.05$), ซึมเศร้า 0.86 ± 1.32 ($P\text{-value} < 0.001$), วิดกกังวล 1.00 ± 1.10 ($P\text{-value} < 0.001$), เบื่ออาหาร 3.66 ± 3.38 ($P\text{-value} < 0.05$) เหนื่อยหอบ 0.55 ± 1.37 ($P\text{-value} < 0.05$), 9Q 0.31 ± 0.17 ($P\text{-value} < 0.001$), 8Q 0.00 ± 0.00 ($P\text{-value} = 0.083$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลการประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) ลดลง แสดงว่าความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยลดลง แต่ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) มีค่าคะแนนต่ำลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ คะแนน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ลดลง แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ทั้งอาการปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ 9Q, 8Q ลดลง ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย (ดังตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 (n=29)

การประเมินการเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 4	Mean diff	P-value
	Mean±SD	Mean±SD		
PPS	78.28±8.89	63.79±11.77	-9.959	<0.001**
POS	18.83±4.74	9.34±2.85	-14.758	<0.001**
ESAS				
ปวด	5.55±2.54	1.86±1.12	-7.664	0.001**
ง่วงซึม	1.69±2.26	0.90±1.69	-2.007	0.054
เหนื่อยเพลีย	4.55±2.19	4.03±2.51	-1.014	0.319
คลื่นไส้	1.55±2.58	0.38±0.82	-2.822	<0.05*
ซึมเศร้า	2.97±2.14	0.86±1.32	-6.673	<0.001**
วิตกกังวล	4.34±2.62	1.00±1.10	-8.754	<0.001**
เบื่ออาหาร	4.24±3.46	3.66±3.38	-0.993	0.329
เหนื่อยหอบ	1.41±2.92	0.55±1.37	-2.306	<0.05*
9Q	5.00±4.50	0.31±0.17	-5.217	<0.001**
8Q	0.21±0.620	0.00±0.00	-1.797	0.083

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

จากผลจากการใช้รูปแบบการดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ได้พบว่าสามารถลดอาการรบกวนต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยลงได้ ผู้ดูแลหลักและทีมสหสาขามีความรู้ระดับความรู้และทักษะสามารถเพิ่มขึ้น ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่มีมาก ไม่สามารถนำมาศึกษาได้หมด จึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้ มาศึกษานำร่อง เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ และทักษะสามารถนำไปพัฒนางานร่วมกันต่อไปได้ ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้วยระยะเวลาในการศึกษา เพียง 3 เดือน แต่ผลลัพธ์การนำไปใช้ของรูปแบบการดูแลนี้มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น แม้จะยังไม่ครอบคลุมถึงผลกระทบในระยะยาว แต่การใช้รูปแบบการดูแลนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์



ที่ดีขึ้นได้⁴⁻⁶ สามารถช่วยสนับสนุนการใช้รูปแบบการดูแลในบริบทชุมชนนี้ นำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ โดยเฉพาะในชุมชนขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัดและสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในบริบทในชุมชนอื่น ๆ ได้ ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการศึกษาในระยะยาว เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแม้ว่าผลลัพธ์คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ลดลง เฉลี่ยเป็น 63.79 ± 11.77 (P-value < 0.001) แต่ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) มีค่าคะแนนลดลงเฉลี่ยเป็น 9.34 ± 2.85 (P-value < 0.001) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ทั้งอาการปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ และระดับความรู้เพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจถึงมาก⁴⁻⁶ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทชุมชนที่หลากหลายและเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและใช้สื่อสารในทีมสหวิชาชีพอันจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางวรัทยา ราชบัณฑิตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet].1999. Retrieved October 28,2023 [cited 10 Nov 10]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.



2. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์;2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย.2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM
3. กระทรวงสาธารณสุข.Health data center; HDC service จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง[อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. นุชจรินทร์ ไชยสัจ. ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย. 2566]; 15(3),45-54. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/195906/136165>
5. Rakchate R. และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย จังหวัดลำปาง. APHEIT Journal of Nursing and Health. [อินเทอร์เน็ต].2022 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]; 1;4(2): e2782 เข้าถึงได้จาก: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/download/2782/2214/>
6. วรรัตน์ มีครองธรรม. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. Public Health Policy and Laws Journal. 2017 May 21;3(2):135-47. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-2/06-Warrarat%20Meekrongtham.pdf
7. นูรดีนี แมะเร๊ะ และคณะ. ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/17360?mode=full>
8. ศูนย์การุณรักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>