

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

ผกามาศ ดาวงค์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากร 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติของผู้ดูแล และ 4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 18 คน และผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มละ 95 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย CVI = 1 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย alpha = 0.95 ความต้องการและการปฏิบัติ alpha = 0.91 และความพึงพอใจ alpha = 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย มีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินคัดกรองด้านจิตวิญญาณ 3) การจัดสิ่งแวดล้อม 4) การสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง 5) การประเมินด้านความเชื่อ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม 6) การออกใบมรณะบัตร 7) แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย 8) ทบทวนความรู้และการปฏิบัติในผู้ป่วย และโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรักความผูกพัน 2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย 3) การขออโหสิกรรมหรือการให้อภัย 4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา 5) ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวก ผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่า หลังพัฒนามีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 94.4 และความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล หลังพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 26.3 เป็น 82.1 และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้ความรู้และการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการโดยรวมของโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.4 และส่วนใหญ่คุณภาพชีวิต/สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 88.4

ข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายนี้ เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้าย

* โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

Development of palliative care model for end of life patient Non Sa-at Hospital Udon Thani Province

Pakamas Tawong, M.N.S.*

Abstract

This action research aims to study 1) development of palliative care model for end of life patient, 2) effectiveness of personnel's implementation of palliative care model, 3) effectiveness of caregivers' practices, and 4) results of palliative care, Non Sa-at Hospital, Udon Thani Province. Between May - October 2023, sample group includes 18 service personnel, 95 caregivers and patients per group. Tools used were patient care results data recording form CVI = 1, patient care practice questionnaire KR-20 = 0.95, needs and practice alpha = 0.91, satisfaction alpha = 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Model of palliative care in terminally ill patients. Steps follow: 1) build relationships, 2) assess and screen spiritual aspects, 3) creating environment, 4) palliative care communication, 5) evaluating beliefs, religion, society and culture, 6) issuing death certificates, 7) advise patients to make of intent during their last days, 8) Review knowledge and practice in patients. Caregiver education and guidance program contents include: 1) love relationship, 2) finding the meaning of life and illness, 3) asking for forgiveness, 4) religious practice, 5) positive hope or goal. Results of personnel's implementation of palliative care model in terminally ill patients. After development the overall level was higher level than before development, increasing from 33.3% to 94.4%, overall personnel satisfaction was high level of 100%. level of need, beliefs and practices of caregivers after development, score of needs beliefs and practices were high level, increasing from 26.3% to 82.1%. Satisfaction provision of knowledge and guidance in caring for end-of-life patients was overall high level of 100%. Overall symptoms were high level 88.4%. The overall quality of life/health level was low at 88.4%.

Suggestions: This palliative care model for end of life patient, it strengthens the good relationship between service providers and patient caregivers and families. resulting in more good results for patients.

Keywords: Palliative Care Model, End of Life Patients

* Non Sa-at Hospital, Udon Thani Province

บทนำ

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ ทางกาย จิต อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยนั้น¹ ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งจะได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เราเรียกว่า ตายดี ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย² โดยการพัฒนา รูปแบบการดูแลให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พัฒนาความรู้ การฝึกอบรมพยาบาลการดูแลแบบประคับประคอง ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ³ การให้การสนับสนุนทรัพยากรช่วยในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมความรู้ของครอบครัวผู้ป่วยและการอบรมแก่พยาบาล⁴ ผู้กำหนดนโยบาย ควรเพิ่มศักยภาพในการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อความต้องการเหล่านั้น⁵ การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานการดูแลจะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองมีความยั่งยืน ในสภาพแวดล้อม⁶ การคาดการณ์ผ่านทาง การวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลที่ใช้งานง่าย ซึ่งสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อความทุกข์ทางจิตใจด้วยความแม่นยำระดับปานกลาง⁷ มีเครื่องมือที่เชื่อถือได้และถูกต้อง สำหรับการประเมินสถานะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁸

ข้อมูลการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พบว่ามีอัตราผู้ป่วยระยะท้ายที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบปีงบประมาณ ในปี 2565 ทั้งหมด 5,462 คน และได้รับการบรรเทาอาการปวดและการจัดการการปวดด้วย Strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพได้ โดยมีเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40 ภาพรวมจังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 30.8 และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีกิจกรรม Family meeting และมีการทำ Advance care plan ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมาย ภาพรวมของจังหวัดอุดรธานี คิดเป็นร้อยละ 66.22⁹

โรงพยาบาลโนนสะอาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 30 เตียง ดูแลให้บริการแก่ประชาชนในอำเภอโนนสะอาด เปิดให้บริการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี 2557 – ปัจจุบัน มีผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้นพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 107, 112 และ 142 คน ตามลำดับ จากการทบทวนปัญหาที่ผ่านมา พบว่า 1) การสื่อสารเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 9 กลุ่มโรค ตามกรมการแพทย์กำหนดไว้ไม่ทั่วถึง การวินิจฉัยได้น้อย และไม่ได้ส่งข้อมูล case ให้กับทีม palliative care ทำให้การเข้าถึงบริการ palliative care ได้น้อย 2) พยาบาลที่รับผิดชอบงาน palliative care ทุกคนยังไม่ได้ผ่านอบรมหลักสูตรการดูแลระยะสุดท้าย 1 เดือน 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีผล PPS V2 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ยังเข้าถึงบริการน้อย ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน 4) แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ มีการให้ญาติร่วมดูแล พยาบาลพูดคุย ค้นหา รับฟัง ปัญหา แนะนำและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย แต่ยังมีปัญหาใน case ที่ญาติไม่ยอมให้แจ้งผลการวินิจฉัยโรคที่แท้จริงให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งพบมากในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้พยาบาลไม่สามารถพูดคุยหรือแนะนำผู้ป่วย เพื่อเตรียมรับระยะสุดท้ายได้เท่าที่ควร 5) พยาบาลยังขาดทักษะในการเข้าหาผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและทุกข์กาย ทุกข์ใจ กระสับกระส่ายก่อนสิ้นลม 6) แบบฟอร์มการเช็ตปฏิเณศ การรับบริการทางการแพทย์ เพื่อยื้อชีวิตของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินกับงานผู้ป่วยใน แตกต่างกัน 7) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ไม่ต่อเนื่อง โดยมีการโทรศัพท์

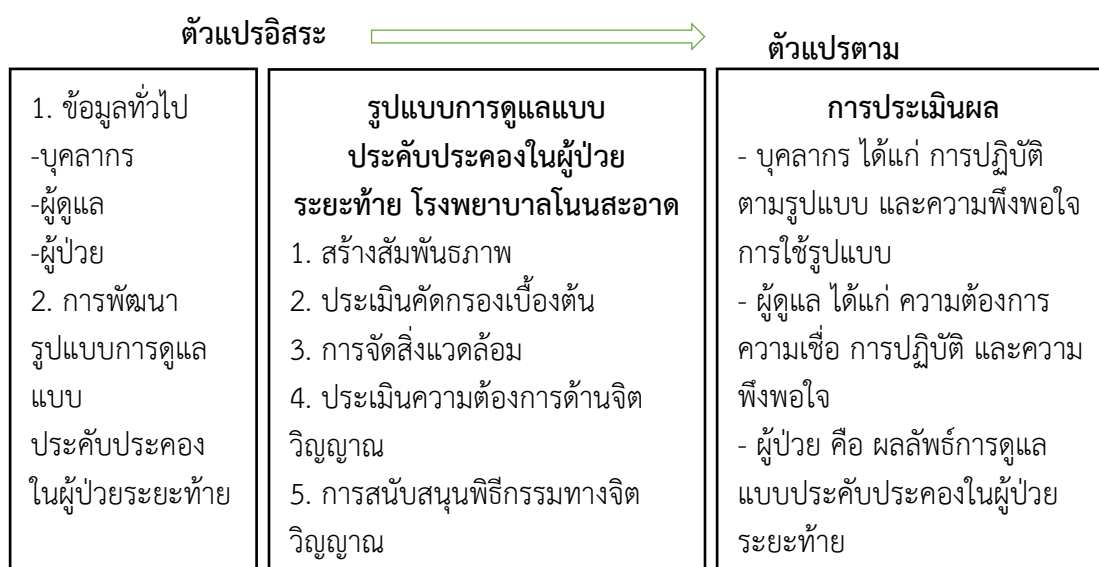
เยี่ยมหรือประสานให้พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ติดตามเยี่ยมแทน 8) บางกรณีครอบครัวผู้ป่วยไม่ยอมรับการให้ใช้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในระยะสุดท้าย ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจและต้องการ ทำให้พยาบาลต้องยึดตามมติของญาติผู้ป่วย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care) ของโรงพยาบาลโนนสะอาด ทีมพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลประคับประคอง ของโรงพยาบาลโนนสะอาด มีการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลผู้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ได้ร่วมกันทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ของโรงพยาบาลโนนสะอาดขึ้น เพื่อมุ่งหวังเพิ่มประสิทธิภาพ การสร้างการรับรู้และความรอบรู้สุขภาพของทีมพยาบาลและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเมื่อหลังผู้ป่วยเสียชีวิตดูแลจิตใจของญาติด้วย ดังนั้นการรับรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่อยากกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่บ้าน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลโนนสะอาด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากร
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย
4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีการศึกษา

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในโรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566

2. ประชากรที่ศึกษา เกณฑ์คัดเข้าอาสาสมัคร (inclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 18 คน ที่หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนสะอาด ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน เภสัชกรที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยระยะท้าย 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน 10 คน ปฏิบัติงานในช่วงศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566 โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มละจำนวน 95 คน โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดการคัดเข้าศึกษา เริ่มในช่วงศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566 โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัยและได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรทดสอบค่าเฉลี่ยข้อมูล 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน¹⁰

เกณฑ์คัดออกอาสาสมัคร (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว หรือไม่มีผู้แทนโดยชอบตามกฎหมาย และไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling)

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 18 คน โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดการคัดเข้าศึกษาที่ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566 โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จนครบตามขนาดตัวอย่าง

2. กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มละจำนวน 95 คน โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดการคัดเข้าศึกษา เริ่มในช่วงศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566 โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัยและได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ จนครบตามขนาดตัวอย่าง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทำการสืบค้นบททวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (systematic review) และด้านปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence)¹¹ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการศึกษาบททวนประสิทธิผลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโนนสะอาดที่ผ่านมา สรุปสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลโนนสะอาดพบว่า 1) การสื่อสารเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน 9 กลุ่มโรค ได้น้อย ทำให้การเข้าถึงบริการ palliative care ได้น้อย 2) พยาบาลที่รับผิดชอบงาน palliative care ยังไม่ได้ผ่านอบรมทุกคน 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการน้อย 4) แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบยังไม่ครอบคลุม 5) พยาบาลยังขาดทักษะ 6) แบบฟอร์มการเซ็นต์ปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์แตกต่างกัน 7) การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง 8) บางกรณีครอบครัวผู้ป่วยไม่ยอมรับการให้ไซยามอร์ฟินกับผู้ป่วย

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายและการนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วงล้อ PDSA ดังนี้

1. กำหนดแผนการพัฒนา (Purpose) รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการพัฒนาศักยภาพพยาบาล ด้านการตระหนักรู้ชีวิตและจิตวิญญาณ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแผนปฏิบัติการการดูแลที่บ้านระยะสุดท้าย (end-of-life care)¹² โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี (good death)

2. การออกแบบการพัฒนา (Design and Development) ตามขั้นตอน 1) การยกร่างรูปแบบ 2) นำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ที่พัฒนาขึ้น ทำการประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

3. การเรียนรู้ร่วมกัน (Study & Learning) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การนำแนวปฏิบัติการ ให้บริการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ไปใช้จริงในหอผู้ป่วย

4. การนิเทศทางคลินิกการพยาบาล (Audit & Internal survey) ก่อนนำไปใช้จริง มีการพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้วิจัยสอบถามความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ลงนามการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ทีมสหวิชาชีพที่ลงนามแล้ว ทำแบบสอบถาม (Pre-test) ทำการให้ความรู้สอนทักษะการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 30 นาที

แผนการสอนทีมบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคองของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี¹³ จำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ถนอมชีวิต (1 ชั่วโมง) 2) ประสบการณ์เก่าเล่าใหม่ (1 ชั่วโมง) 3) การเรียนรู้ผ่านผู้ป่วย (3 ชั่วโมง) 4) การเรียนรู้ผ่านความรู้สึก (1 ชั่วโมง) 5) บทสรุป (1 ชั่วโมง) และ โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล (1 ชั่วโมง) ในส่วนนี้ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย² เพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย

ระยะที่ 3 การประเมินผล จากการนำกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้จริง ในโรงพยาบาลโนนสะอาด ตามกรอบแนวคิดการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี¹³ มีขั้นตอนดำเนินการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินคัดกรองค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ 4) การสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง 5) การประเมินด้านความเชื่อ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม 6) การออกใบมรณบัตร 7) แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย 8) สรุปทบทวนความรู้และการปฏิบัติในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2 โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) ความรัก ความผูกพัน (love relationship) 2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) 3) การขอโทษหรือการให้อภัย (forgiveness) 4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (religious practice) 5) ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต (positive hope or goal in life)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถามมีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choices) และคำถามแบบเปิด (open-ended) จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย การให้คะแนน ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน, ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ $0.00-6.66 =$ ระดับต่ำ $6.67-13.33 =$ ระดับปานกลาง $13.34-20.00 =$ ระดับสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล การตอบเป็นระดับ

ความพึงพอใจคือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 5.00-11.66= ระดับต่ำ, 11.67-18.33 = ระดับปานกลาง, 18.34-25.00 = ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ ในส่วนนี้ ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในระยะประคับประคอง¹⁴ คำตอบเป็นระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติ คือ เลข 1= น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 20-46.66 = ระดับต่ำ, 46.47-73.33 = ระดับปานกลาง และ 73.34-100.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ การตอบมี 5 ระดับ คือ 1 =น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่า 20 = ระดับต่ำ, 20-32 = ระดับปานกลาง และ 33-45 = ระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) จำนวน 12 ข้อ เช่น อาการปวด อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 9 ข้อ โดยใช้แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้ายของเอดมันตัน (Edmonton symptom assessment scale: ESAS) ระดับอาการในผู้ป่วย palliative care ESAS (ไม่มีอาการ = 0 มีอาการมากที่สุด = 10 คะแนน (หากพบว่า 5 คะแนน รายงานแพทย์ และทีมสหสาขาเพื่อช่วยเหลือ) การแปลผลคะแนน 90 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-30 = มีอาการระดับน้อย 31-60 = อาการระดับปานกลาง 61-90 = มีอาการระดับมาก

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย เกี่ยวกับ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า การตอบคะแนนรวม คุณภาพชีวิตผู้ป่วย มีคะแนนเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100 การแปลความหมาย ดังนี้ 100 หมายถึง สุขภาพที่ดี ที่สุด และ 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ของแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ โดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 คน เนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์มี CVI= 1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้จริง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และ แบบประเมินระดับความรุนแรงอาการของผู้ป่วย

2. หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความยากง่าย ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน หาค่าอำนาจจำแนกความยากง่าย ด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 จำนวน 20 ข้อ ได้ค่า KR-20 = 0.95

3. การตรวจสอบค่าเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) ประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ ความต้องการ และการปฏิบัติ alpha = 0.91 และ ความพึงพอใจ alpha = 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งรายละเอียดของโครงการและการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้จัดทำใบยินยอมเข้าร่วมโครงการให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส ทำการควบคุมคุณภาพข้อมูล วิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ UDREC7966 วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลของการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโนนสะอาด ได้คู่มือ
โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) ความรักความผูกพัน (love
relationship) 2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) 3) การขอ
อโหสิกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness) 4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (religious practice) 5)
ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต (positive hope or goal in life) ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโนนสะอาด

ขั้นตอนรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	บทบาท
1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นเจ้าของใช้ตั้งแต่แรกรับที่ ดูแลด้านจิตวิญญาณ การแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเอาใจ ใส่ ความเอื้ออาทร ห่วงใย รักษาความลับและสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
2. ประเมินคัดกรองเบื้องต้น (spiritual screening) ค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยใช้คำถาม “สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจที่มีความสำคัญสำหรับท่านคืออะไร” หรือ “ท่านคิดว่าศาสนาหรือจิตวิญญาณมี ความสำคัญในชีวิตของท่านหรือไม่” และ “สิ่งนั้นช่วยท่านอย่างไรได้ในขณะนี้”	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ผู้ป่วยให้คล้ายบ้าน หรือสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ในกรณีหออผู้ป่วยรวม อาจจัดเตียงให้ผู้ป่วย อยู่ในมุมที่สงบอนุญาตให้ผู้พว่นารูปภาพที่ผู้ป่วยเคารพบูชา เครื่องรางของขลัง รูป ครอบครัว การเปิดโอกาสให้ญาติที่ผู้ป่วยรักเข้าไปเยี่ยม	พยาบาลในหน่วยงาน
4) การสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง การทำ Family meeting	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
5. ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อประเมินด้านความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม ค้นหาจัดการสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทีมสุขภาพและผู้ดูแลสามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
6) การออกไปมรณะบัตร	พยาบาลในหน่วยงาน
7) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
8) สรุปบททวนความรู้และการปฏิบัติในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย
ด้านปัญหาและอุปสรรคและความต้องการของทีม พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำ
แนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ การดูแลตอบสนองความต้องการ
ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ลดความทุกข์ทรมาน ไม่เร่ง ไม่ยื้อ ร้อยละ 61.1 และการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม
เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 38.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย (N=18)

ความคิดเห็นของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัญหา อุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย		
1.1 การจัดการอาการรบกวนด้วยยา ไม่กล้าบริหารยามอร์ฟีน กลัวคนไข้ติด การเข้าถึงยาทางเลือกยังน้อย ยังไม่กล้าสั่งใช้ยาที่ใช้หลายตัวรวมกัน	5	27.8
1.2 กลัว ไม่กล้าประเมินผู้ป่วยด้านจิตใจผู้ป่วย ยาก ยังขาดทักษะการประเมินผู้ป่วย และการจัดการอาการ	4	22.1
1.3 การเข้าถึงการวินิจฉัย เกณฑ์โรคไม่ชัด	3	16.7
1.4 ความหลากหลายในการรักษา แนวทางการดูแลที่ไม่ชัด แล้วแต่แพทย์	3	16.7
1.5 กลัว วิตกกังวลเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในผู้ป่วยที่ญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบโรคประเมินปัญหาอาการผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ทุกด้าน	3	16.7
2. การนำความรู้มาสู่ทักษะการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย		
2.1 การประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	7	38.9
2.2 การรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ	5	27.8
2.3 การส่งจ่ายการรักษา การวินิจฉัยโรคที่เข้าเกณฑ์	4	22.2
2.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับ การวินิจฉัย แนวทางการรักษาโรค	2	11.1
3. วิธีการแก้ปัญหาจากสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย		
3.1 ควรทำแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	15	83.3
3.2 ควรประมาณการสั่งจ่ายในปี เพื่อระบบสต็อกยาให้เพียงพอกับความต้องการ	1	5.6
3.3 ควรมีแนวทางการเข้าถึงยาทางเลือกให้ครอบคลุม	1	5.6
3.4 ควรมีพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำ	1	5.6
4. ข้อเสนอต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย		
4.1 การดูแลตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างครอบคลุม	11	61.1
4.2 เข้าถึงการวินิจฉัยใด ได้รับการจัดการที่เหมาะสม	4	22.2
4.3 ครอบคลุม แนวทางควรชัดเจน ปฏิบัติกับผู้ป่วยได้จริง	2	11.1
4.4 ตอบสนองความต้องการ ลดอาการรบกวนให้กับผู้ป่วยได้	1	5.6

การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย หลังพัฒนา พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการ มีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายถูกต้อง ร้อยละ 100 ได้แก่ มีการจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก และจัดกิจกรรมทางศาสนา แนะนำการปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา และตามประเพณี ความคาดหวังจะได้ทำบุญและดำเนินภารกิจที่สำคัญสิ้นสุดก่อนจะเสียชีวิต ดังตารางที่ 3 และพบว่า หลังพัฒนา บุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 94.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกรายข้อที่ปฏิบัติถูกต้อง (N=18)

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย	ก่อน จำนวน(%)	หลัง จำนวน(%)
การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล		
1. แจ้งวัตถุประสงค์ และสร้างสัมพันธภาพ	8 (44.4)	12 (66.7)
2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นเจ้าของใช้ตั้งแต่แรกกับที่ดูแลด้านจิตวิญญาณ การแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ห่วงใย รักษาความลับและสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย	4 (22.2)	14 (77.8)
2. ประเมินคัดกรองเบื้องต้น (spiritual screening) ค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน	11 (61.1)	16 (88.9)
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้คล้ายบ้าน หรือ สิ่งผู้ป่วยคุ้นเคย	13 (72.2)	16 (88.9)
4. ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อประเมินด้านความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา สังคมและ วัฒนธรรม ค้นหาจัดการสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย	14 (77.8)	17 (94.4)
5. ผู้ที่ดูแลสามารถตอบสนองตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การสนับสนุน พิธีกรรมทางจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วย	14 (77.8)	17 (94.4)
6. มีการจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วย	16 (88.9)	18 (100.0)
7. การให้ครอบครัวที่ผู้ป่วยรักมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเชื่อมต่อและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว	9 (50.0)	14 (77.8)
8. การจัดกิจกรรม family meeting เพื่อให้บุคคลในครอบครัวได้ขอโทษกรรม การให้อภัยโดยให้ผู้ป่วยได้ ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ	4 (22.2)	12 (66.7)
9. การใช้กิจกรรมอื่น ๆ ในการบำบัด	14 (77.8)	15 (83.3)
การให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
1. ความรักและความสัมพันธ์ (love and connectedness)	16 (88.9)	16 (88.9)
2. การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness)	11 (61.1)	15 (83.3)
3. การขอโทษกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) ตามแนวทางพิธีกรรมทุกศาสนา	11 (61.1)	15 (83.3)
4. สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ จะเชิญนักบวชหรือผู้สอนศาสนามาพบผู้ป่วย เพื่อให้มีการสารภาพบาปก่อน จะเสียชีวิต	14 (77.8)	14 (77.8)
5. การเป็นผู้ที่รับฟังที่ดี การปลอบโยนและให้กำลังใจจะช่วยให้ความทุกข์ใจหรือความอัดอั้นตันในใจลดลง ในช่วงที่ผู้ป่วยมานอนรักษาในโรงพยาบาล	7 (38.9)	12 (66.7)
6. แนะนำการปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (Religious practice) ตามประเพณีของผู้ป่วยในศาสนาพุทธ	13 (72.2)	18 (100.0)
7. การปฏิบัติตามความเชื่อของหลักการอิสลามเชื่อว่าความตายถือว่าไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวหรือต้องหลีกเลี่ยง	11 (61.1)	17 (94.4)
8. คิดถึงความหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต	12 (66.7)	17 (94.4)
9. ผู้ป่วยระยะท้ายอาจมีความคาดหวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงมากกว่านี้ หวังว่าจะช่วยตัวเองได้ หวังว่าการ จะดีขึ้นจะได้กลับบ้านและได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน	12 (66.7)	17 (94.4)
10. ความคาดหวังจะได้ทำบุญและดำเนินการกิจที่สำคัญสิ้นสุดก่อนจะเสียชีวิต ความหวังนี้รวมไปถึงชาติหน้า	17 (94.4)	18 (100.0)
11. สรุปทบทวนความรู้กิจกรรมรูปแบบการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตอบข้อซักถามของผู้ดูแลในสิ่ง ที่ยังสงสัยเพิ่มเติม	8 (44.4)	16 (88.9)

ตารางที่ 4 ระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากร ผู้ให้บริการ ก่อนและหลังพัฒนา (N=18)

ระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง	ก่อน	หลัง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับน้อย (0 – 6.66 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (6.67 – 18.33 คะแนน)	12 (66.7)	1 (5.6)
ระดับสูง (18.34 – 25 คะแนน)	6 (33.3)	17 (94.4)

ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย หลังพัฒนา พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 โดยข้อที่พึงพอใจมากที่สุด คือ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อทีมในการดูแลผู้ป่วยได้ (4.44 ± 0.51) มีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย (4.44 ± 0.51) และเห็นความสำคัญในการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย (4.44 ± 0.51) รองลงมาคือรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในการได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ (4.39 ± 0.50) และ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล (4.28 ± 0.46) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (N= 18)

ความพึงพอใจของบุคลากร	Mean \pm SD	ระดับ
1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล	4.28 \pm 0.46	สูง
2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อทีมในการดูแลผู้ป่วยได้	4.44 \pm 0.51	สูง
3. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในการได้รับการบริการ อย่างมีคุณภาพ	4.39 \pm 0.50	สูง
4. มีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย	4.44 \pm 0.51	สูง
5. เห็นความสำคัญในการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายและสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	4.44 \pm 0.51	สูง

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (N= 18)

ระดับความพึงพอใจของบุคลากร	จำนวน (%)
ระดับน้อย (5 – 11.66 คะแนน)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (11.67 – 18.33 คะแนน)	0 (0.0)
ระดับสูง (18.34 – 25 คะแนน)	18 (100.0)

ความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล หลังพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยด้านที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด คือ ด้านการได้รับสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น จาก 17.28 ± 2.31 เป็น 21.11 ± 2.62 รองลงมาคือความเชื่อทางศาสนาเพิ่มขึ้น จาก 15.54 ± 2.60 เป็น 19.07 ± 1.82 และด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น จาก 15.49 ± 3.32 เป็น 18.80 ± 3.05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7 และ หลังพัฒนา พบว่า ระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.3 เป็นร้อยละ 82.1 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล ก่อนและหลังพัฒนา (n= 95)

ความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
ด้านร่างกาย	14.04\pm3.82	16.36\pm5.16
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้นับรวมต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมาก	2.71 \pm 0.72	2.96 \pm 1.10
2.. ทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยได้ดี	2.57 \pm 1.03	3.06 \pm 1.24
3. การเจ็บป่วยเป็นปัญหาต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	2.80 \pm 1.11	3.13 \pm 1.37
4. อาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ต้องการไม่ให้อาการให้ทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือ	3.03 \pm 1.13	3.64 \pm 1.30
5. รู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและพินัยกรรมชีวิต (พ.ร.บ.สุขภาพมาตรา 12)	2.94 \pm 1.05	3.57 \pm 1.08

ตารางที่ 7 ความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล ก่อนและหลังพัฒนา (n= 95) (ต่อ)

ความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
ด้านจิตวิญญาณ	15.49±3.32	18.80±3.05
1. รู้สึกว่ามีกรรมมากถึงต้องเจ็บป่วยอย่างนี้	3.15±0.78	3.68±0.74
2. ต้องการทำให้ชีวิตที่มีเกิดคุณค่าโดยการทำประโยชน์แก่ตนเองและดูแลตนเองเป็นอย่างดี	3.15±0.93	3.63±0.68
3. ต้องการทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต และดำเนินชีวิตต่อไปให้เกิดความสุข	2.73±0.90	3.61±0.71
4. ต้องการให้ญาติจัดการกับภารกิจที่ค้างคาได้ โดยไม่วิตกกังวลเมื่อท่านต้องจากไป	3.04±0.81	3.94±0.79
5. ได้อิฐฐานให้จากไปอย่างสงบและได้พบสิ่งที่ดีหลังความตายตามความเชื่อ	3.43±0.83	3.94±0.74
ความเชื่อทางศาสนา	15.54±2.60	19.07±1.82
1. บริจาควัตถุ สิ่งของ หรือเงินแก่ผู้อื่น	2.91±0.70	3.38±0.58
2. ยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดีหรือมีความสุข	3.13±0.77	3.95±0.89
3. มีสติระลึกอยู่ตลอดเวลาถึงความคิดและการกระทำของตน	3.32±0.68	3.89±0.57
4. ดำเนินชีวิตด้วยการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา	3.33±0.70	4.21±0.48
5. พิจารณาว่า การเกิด แก่ เจ็บและตายเป็นธรรมชาติชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ	2.86±0.66	3.64±0.69
การได้รับสนับสนุนทางสังคม	17.28±2.31	21.11±2.62
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากท่านต้องการความช่วยเหลือ	3.47±0.65	4.21±0.60
2. มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้	3.40±0.70	4.09±0.70
3. ครอบครัวของท่านพยายามที่จะช่วยเหลือท่านจริง ๆ จัง ๆ	3.43±0.61	4.19±0.58
4. ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ	3.42±0.78	4.32±0.58
5. ความคาดหวังต้องการช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	3.56±0.69	4.29±0.58

ตารางที่ 8 ระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n= 95)

ระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ระดับน้อย (20 – 46.66 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (46.67 – 73.33 คะแนน)	70 (73.7)	17 (17.9)
ระดับสูง (73.34 – 100 คะแนน)	25 (26.3)	78 (82.1)

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย หลังพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 โดยข้อที่พึงพอใจมากที่สุดคือ ได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของแพทย์ (4.68±0.46) รองลงมาคือ พึงพอใจต่อการได้รับการบรรเทาอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ของเจ้าหน้าที่ (4.55±0.50) และได้รับความสะดวกเมื่อมารับบริการของโรงพยาบาล (4.52±0.50) ตามลำดับ ดังตารางที่ 9 และตารางที่ 10

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (n= 95)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	Mean±SD	ระดับ
1. วิธีการที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อธิบายเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยและผลที่ดีของการดูแลรักษา	4.68±0.46	สูง
2. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.51±0.50	สูง
3. ได้รับความสะดวกเมื่อมารับบริการของโรงพยาบาล	4.52±0.50	สูง
4. พึงพอใจต่อการได้รับการบรรเทาอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ของเจ้าหน้าที่	4.55±0.50	สูง
5. ได้มีโอกาสเล่าความรู้สึกหรือซักถามกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ	4.40±0.49	สูง
6. ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ	4.32±0.46	สูง

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (n= 95)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	Mean±SD	ระดับ
7. การสนทนาปรึกษาหารือหลายครั้งกับทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและแผนการดูแลผู้ป่วย	4.20±0.40	สูง
8. วิธีการที่ทำให้ความต้องการต่างๆ ด้านร่างกายของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองให้มีความสุขสบาย	4.22±0.41	สูง
9. พึงพอใจต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่ทีมดูแลผู้ป่วย	4.37±0.48	สูง

ตารางที่ 10 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (n= 95)

ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล	จำนวน (%)
ระดับน้อย (21 – 46.66 คะแนน)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (46.67 – 73.33 คะแนน)	0 (0.0)
ระดับสูง (73.34 – 100 คะแนน)	95 (100.0)

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง หลังพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่เสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 100.0 การได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย ร้อยละ 88.4 และผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 81.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (n= 95)

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้สึกไม่เสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	95	100.0
2. การได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย	84	88.4
3. ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน	77	81.1
4. ความเศร้าใจไม่ค่อยบ่อย	76	80.0
5. การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน	70	73.7
6. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดนานๆ ครั้ง	69	72.6
7. อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก เช่น รู้สึกไม่สบาย	68	71.6
8. รู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา	59	62.1
9. ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองค่อนข้างบ่อย	59	62.1
10. ความวิตกกังวลและอาการปวด หอบ เหนื่อย แน่นท้อง	37	38.9

ผลการประเมินอาการผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการรบกวนโดยรวมของโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.4 ระดับคุณภาพชีวิต/สุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 88.4 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการประเมินอาการผู้ป่วยระยะสุดท้าย (n= 95)

การประเมินอาการผู้ป่วยระยะท้าย	จำนวน (%)
การประเมินอาการรบกวนโดยรวมผู้ป่วยระยะท้าย	
มีอาการน้อย (1-3.33 คะแนน)	4 (4.2)
อาการปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	7 (7.4)
มีอาการมาก (6.68-10.00 คะแนน)	84 (88.4)
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย	
มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (0-30 คะแนน)	84 (88.4)
มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (31-60 คะแนน)	11 (11.6)
มีคุณภาพชีวิตระดับดี (61-90 คะแนน)	0.00

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลโนนสะอาด ที่พัฒนาใหม่ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคองของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี¹³ มี 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินคัดกรองค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ 4) การสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง 5) การประเมินด้านความเชื่อ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม 6) การออกใบมรณะบัตร 7) แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย 8) สรุปบทวนความรู้และการปฏิบัติในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) ความรักความผูกพัน 2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย 3) การขอโทษกรรมหรือการให้อภัย 4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา 5) ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินการดูแลผู้ป่วย ที่พัฒนา เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ดูแลในทุกมิติแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง รวมถึงช่วยผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะโรคและช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ให้แก่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลควรคำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบริบท การออกแบบระบบที่ไม่คำนึงถึงความแตกต่างอาจทำให้ระบบมีความซ้ำซ้อน แข่งขันกัน ดังนั้น ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลจึงไม่ใช่การทำรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งให้เหมือนกัน แต่ต้องพัฒนาให้รูปแบบแสดงบทบาทที่มีคุณค่าของตนเองออกมาให้มากที่สุด การดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง มีการเชื่อมต่อ และจากสถานพยาบาล สู่บ้านและชุมชน นอกจากนี้แนวทางหนึ่งที่จะพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง คือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ความชำนาญการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว¹⁵

2. ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากร หลังพัฒนา บุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามรูปแบบได้ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจาก มีการสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้าย ที่เน้นเป้าประสงค์หลักคือ การสื่อสารเพื่อการเยียวยาเป็นสำคัญร่วมกับการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านจิตวิญญาณ ทีมดูแลมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจ และมีความต้องการดูแลความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ตามกิจกรรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแลครบถ้วนทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ¹⁶ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า รูปแบบการดูแลสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ และการศึกษาของ Schoenherr, et al³ การศึกษาแนวโน้มการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาของทีมดูแลแบบประคับประคอง พบว่า โรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยเบื้องต้นที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยระยะท้าย รูปแบบการให้ความรู้และการแนะนำการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย (ความปวด, ความวิตกกังวล, อาการคลื่นไส้, หายใจลำบาก) ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกจากโรงพยาบาลขณะที่ยังมีชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นความแตกต่างในการปฏิบัติของแนวทางการดูแลแบบประคับประคองแต่ละแบบ สำหรับผู้ป่วยหนักทุกรายที่ได้รับการดูแลสุขภาพตั้งแต่มองเห็นผู้ป่วยหนัก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้

3. ระดับความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล หลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา และมีความพึงพอใจต่อการให้ความรู้และการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ในระยะก่อนเสียชีวิต มีโอกาสเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาให้ครอบคลุมทุกมิติ การวางแผน

ดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีตามความต้องการของตนเอง และทุกซ์ทรมานน้อยที่สุด¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบและความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด¹⁸

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีระดับคุณภาพชีวิต/สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และจากรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น โดยมีการนัดประชุมครอบครัว (family meeting) มีการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนจะพบผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินอาการ ความปรารถนา อารมณ์ ความรู้สึก ความเข้าใจ ความกลัว ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของบริบทสิ่งแวดล้อม ใช้ภาษาให้เหมาะสม ประเมินสภาพการณ์โดยทั่วไปของผู้ป่วยและญาติว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีบทสรุปการสนทนาที่มีทางออก หรือวิธีแก้ไขสถานการณ์ให้ดีกว่าเดิม พยาบาลควรจัดแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย¹⁴ การสนับสนุนทางคลินิกและจิตสังคมที่หลากหลายเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแล¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาพร แบนเนียด²⁰ ที่ศึกษาผลของการประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ในสถานที่เงียบสงบ ต้องการให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ ต้องการให้ญาติมาเฝ้าดูแลใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลและเก็บเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน และควรฝึกอบรมการสื่อสารเพื่อดูแลครอบครัวและญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการเสริมพลังให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบริหารการพยาบาล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่วนใหญ่มีอาการทุกซ์ทรมานระดับมาก นำเสนอผลการศึกษารั้งนี้ต่อผู้บริหาร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับโรงพยาบาล เพื่อขยายผลนำไปใช้กับหน่วยงานอื่นๆ และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับโรงพยาบาล

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีของโรคมะเร็ง พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ในบริบทของผู้ดูแลให้ชัดเจน จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปยังที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). งาน ‘สร้างสุขที่ปลายทาง’ ครั้งที่ 3 เพื่อยกระดับการรับรู้ของสังคมต่อการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2566]. เข้าถึงจาก <https://www.nationalhealth.or.th>
2. กิตติยาพร จันทร์ชม. การเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation* 2021; 7(9): 343-58.
3. Schoenherr LA, Bischoff KE, Marks AK, O’Riordan DL, Pantilat SZ. Trends in Hospital-Based Specialty Palliative Care in the United States. *JAMA Netw Open* 2019; 2(12): 43-54.
4. Hassankhani H, Rahmani A, Best A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. *Nurs Open*. 2020; 7(4): 1260-68.
5. Cai J, Zhang L, Guerriere D, Fan H, Coyte PC. Where Do Cancer Patients in Receipt of Home-Based Palliative Care Prefer to Die and What Are the Determinants of a Preference for a Home Death? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18: 235-46.
6. Chowdhury MK, Sarker M, Ahmad N. A home-based palliative care pilot project for the patients and families with incurable diseases in Bangladesh. *BIRDEM Medical Journal* 2021; 11(3): 202-11.
7. Tian X, Jin Y, Tang L, Pi YP, Chen WQ, Jiménez-Herrera MF. Predicting the Risk of Psychological Distress among Lung Cancer Patients: Development and Validation of a Predictive Algorithm. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021; 8(4): 403-12.
8. Oğuz G, Şenel G, Koçak N, Karaca Ş. The Turkish Validity and Reliability Study of Palliative Performance Scale. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021; 8(4): 413-18.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2566]. เข้าถึงจาก <https://udpho.moph.go.th>
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2557.
11. อัจฉรา คำมะতিย์. หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2564; 8(2): 315-28.
12. พิไลพร สุขเจริญ. การประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง : ถอดบทเรียน การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน* 2021; 27(2): 132-41.
13. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2566] เข้าถึงจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th>
14. สุมิตรา ติระพงศ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิภา วิเสโส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2021; 29(1): 67-79.
15. ปิยะวรรณ โภคพลารณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2017; 26(3): 41-51.

16. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(6): 1101-11.
17. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สาสีกุล ส, นิภาพร อภิสิทธิ์วาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok). 2017; 33(3): 138-45.
18. Oluyase A, Higginson IJ, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, et al. Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness. Health Services and Delivery Research, 2021; 9(12): 340-57. DOI: 10.3310/hsdr09120
19. Philip RR, Philip S, Tripathy JP, Manima A, Venables E. Twenty years of home-based palliative care in Malappuram, Kerala, India: a descriptive study of patients and their care-givers. BMC Palliative Care. 2018; 17(1): 26-35.
20. รัชฎาพร แนนเอียด. ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564; 8(2): 65-77.