

การพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

นันทพร บุญธรรม, พ.ย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัย มี PPS \geq 40% และส่งพบทีมดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 75 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวทางและแบบสอบถามที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ แนวทางการประชุมครอบครัวและการวางแผนดูแลล่วงหน้า และแบบประเมินระดับสมรรถนะ (Palliative Performance Scale= PPS) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index=CVI) เท่ากับ 0.90 แบบบันทึกการจัดทำและกิจกรรมแผนการดูแลล่วงหน้า ค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล ค่า alpha เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 81.33 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ร้อยละ 100 รongลงมา คือ ไม่ยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และฟอกเลือดล้างไต ร้อยละ 98.36 กิจกรรมที่ได้รับระบุในแผนการดูแลล่วงหน้าได้ปฏิบัติตามแผนร้อยละ 100 ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 95.08 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.44 ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.15, SD=0.64)

ดังนั้นการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายเพื่อไม่ยืดชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมให้ทีมสุขภาพได้นำแนวทางมาใช้อย่างต่อเนื่อง เพราะสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ , ผู้ป่วยระยะท้าย

*โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Development of a systematic advance care plan in palliative terminal patients. Banphue Hospital , Udonthani Province

Nantaporn Boontham, B.N.S*

Abstract

This research was an action research with the objective of developing systematic advance care planning guidelines for palliative terminal patients, and systematically study the results of using the advance care planning model Ban Phue Hospital Udon Thani Province. Between August - September 2023, the sample group was palliative terminal patients, both male and female, aged 18 years and over who were diagnosed by a physician as having PPS $\geq 40\%$ and sent to see the continuous and palliative care team Ban Phue Hospital, 75 people. The tools used in the research were guidelines and questionnaires with quality checking of the tools as follows: guidelines for family meetings and advance care planning, and performance level assessment (Palliative Performance Scale= PPS) Passed a content validity check from 3 experts. The content validity index (CVI) was equal to 0.90. The advance care plan preparation and activity record form has a KR-20 value of 0.84, and the questionnaire to assess the satisfaction of relatives or caregivers, the alpha value was equal to 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

The research results found that after developing a systematic advance care plan for terminally ill patients with palliative care, it was found that 81.33 percent of terminally ill patients had prepared an advance care plan. Most patients did not consent to be resuscitated when their heart stopped. and intubation through the trachea or tracheotomy was 100 percent, followed by those who did not consent to intubation and dialysis 98.36 percent. Activities specified in the advance care plan were performed 100 percent according to the plan, 93.44 percent were intended. Satisfaction of relatives or caregivers with the care of the palliative care team and advance care planning by the overall health team was at a high level ($\bar{x}=4.15$, $SD=0.64$).

Therefore, systematic advance care planning allows terminally ill patients to effectively choose a care plan for the end of life to avoid prolonging their lives. The health team should be encouraged to continuously apply the guidelines because they could provide patients with a good quality of life according to their disease progression appropriately.

Keywords : Systematic Advance Care Planning , terminal ill patients

*Ban Phue Hospital in Ban Phue District, Udon Thani Province

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ พบว่าประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 31.40 ในปี 2583⁽¹⁾ และอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาได้มีจำนวนสูงขึ้น เห็นจากอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดหัวใจ และไตวายเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันสามารถช่วยผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีชีวิตยืนยาว ขณะเดียวกันก็นำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่อยู่ในโรคระยะท้าย การดูแลประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อบรรเทาอาการจัดการอาการรบกวนต่างๆ การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย จากการศึกษาโดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ⁽²⁾ พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 กลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคอง พบมีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีการดูแลประคับประคองพบร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ตลอดจนวิธีการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการตายดี (Good death)

การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการสื่อสารสนทนาเพื่อกำหนดแผนการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ⁽³⁾ เป็นการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษา การรักษาที่เป็นการยืดการตาย (Life Sustain Treatment) เป็นการกำหนดแผนการดูแลสำหรับอนาคตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้การสื่อสารเพื่อตัดสินใจร่วมกัน ลดความขัดแย้งในครอบครัวและทีมสุขภาพ องค์ประกอบสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (patient and family preference) เป็นความต้องการหรือสิ่งที่เป่าหมายหลักของผู้ป่วย การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance directive) เป็นหนังสือแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ตัดสินใจแทนเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่บอกความต้องการของผู้ป่วยให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทราบ⁽⁴⁾ การวางแผนดูแลล่วงหน้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย

โรงพยาบาลบ้านผือ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นService planอีกสาขาและเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีจุดเน้นสำคัญคือ ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Training of the trainers in Palliative care Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning ของศรีเวียง ไพโรจน์กุล⁽⁵⁾ ประกอบ ด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สถานะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอนเป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกรักษาตามพรบ.มาตรา12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และ

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลบ้านผือ พบผู้ป่วยรายใหม่ต่อปีในปี 63,64,65 จำนวน 334,290,324 ราย กลุ่มโรคมะเร็ง 153,127,145 รายและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง 181,163,179 ราย ผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่รับบริการเฉลี่ย 25-30 ราย/เดือน และผู้ป่วยได้รับการวางแผนล่วงหน้าคิดเป็นร้อยละ 62.87, 69.31, 75.33 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้า ครอบครัวต้องตัดสินใจแทน และได้เลือกการรักษาเพื่อการยื้อชีวิต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้าย ผู้วิจัยเป็นทีมสุขภาพที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ได้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลบ้านผือ เมื่อได้รับการดูแลตามแนวทางดังกล่าวแล้วมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลในระยะท้ายด้วยตนเองที่สอดคล้องกับการดำเนินโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจ และนำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบไปพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านผือต่อไป

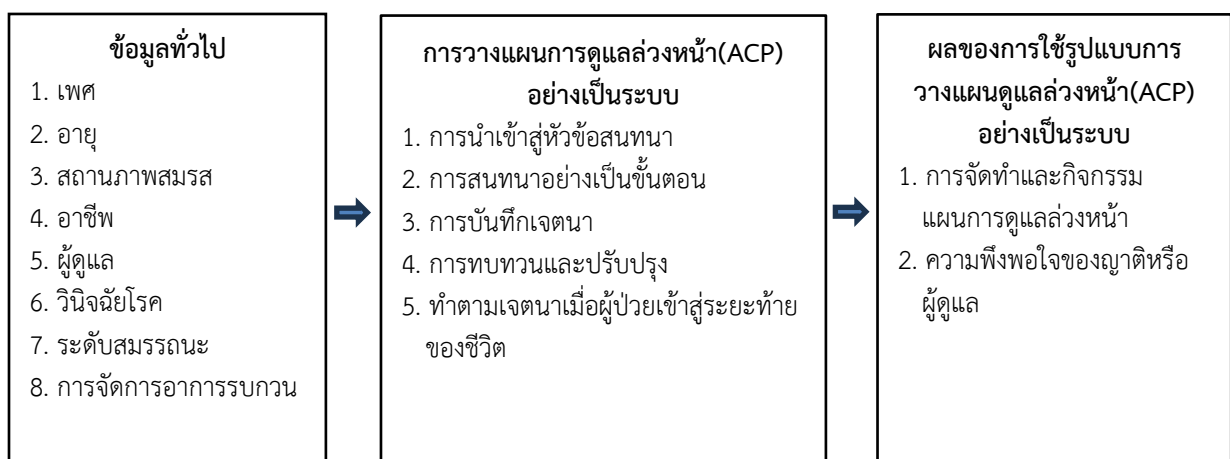
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระดับสมรรถนะ และการจัดการอาการรบกวน

ตัวแปรตาม การประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การจัดทำและกิจกรรมแผนการดูแลล่วงหน้า และความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแล



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยนำแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Training of the trainers in Palliative care Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning ของศรีเวียง ไพโรจน์กุล(5) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สภาวะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอนเป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกรักษาตามพรบ.มาตรา 12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ 5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัย มี PPS $\geq 40\%$ และส่งพบทีมดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในเดือน สิงหาคม - กันยายน 2566 ทุกวัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัย มี PPS $\geq 40\%$ และส่งพบทีมดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในเดือนสิงหาคม- เดือนกันยายน 2566 ทุกวัน จำนวน 75 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัย มี PPS $\geq 40\%$ และส่งพบทีมดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในเดือนสิงหาคม - เดือนกันยายน 2566 ทุกวัน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือและยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมี PPS $< 40\%$ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีอาการปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ และไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและตาบอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทำวิจัย ได้แก่ แนวทางการประชุมครอบครัวและการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลบ้านผือ ผู้วิจัยนำแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Training of the trainers in Palliative care Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning ของ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินระดับสมรรถนะ (Palliative Performance Scale= PPS) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแล และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ วินิจฉัยโรค ระดับสมรรถนะ (Palliative Performance Scale) การจัดการอาการรบกวน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ได้จัดทำและไม่ได้จัดทำ แบบบันทึกกิจกรรมในแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 10 ข้อ

เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ยินยอมและไม่ยินยอม และกิจกรรมที่ได้ระบุไว้ได้รับการปฏิบัติตามแผนการดูแลล่วงหน้า เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ได้ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพ พัฒนาโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 9 ข้อ การตอบแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนคือพึงพอใจน้อยที่สุดถึง 5 คะแนนคือพึงพอใจมากที่สุด และจัดแบ่งเป็นระดับโดยวิธีอันตรายภาคชั้น⁽⁶⁾ ซึ่งทำให้ได้เกณฑ์ในการแปลความพึงพอใจ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41– 4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61–3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81–2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index–CVI) มีค่าเท่ากับ 0.90 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะโดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้ครอบคลุมนิยามปฏิบัติการ และแนะนำให้ปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้องเหมาะสมและเข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยก่อนนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง จากนั้นนำมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกันด้วยสูตร Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น แบบบันทึกการจัดทำและกิจกรรมแผนการดูแลล่วงหน้า KR-20 เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC16766 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

จากการทำกลุ่มประชุมครอบครัววางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาในการเรียงลำดับการสื่อสาร ไม่มั่นใจในการทำกลุ่ม พยาบาลประคับประคองร่วมกับแพทย์ และพยาบาลตึกผู้ป่วยใน จึงร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ดังรูป

การวางแผนดูแลล่วงหน้า(Advance care plan)อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

Family meeting

การประชุมร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 การนำเข้าสู่การสนทนา

- สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย และการดำเนินโรค ชี้แจงวัตถุประสงค์ ค้นหาเป้าหมายในการดูแลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว(goals of care) อธิบายความสำคัญและบทบาทของผู้ที่จะเป็นตัวแทนในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะทำได้

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน

- แพทย์สื่อสารการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
- สิทธิการเลือกปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายตามพรบ. มาตรา 12
- แลกเปลี่ยนเป้าหมายความต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย เช่น การรักษาเพื่อยืดชีวิตอย่างเต็มที่ การปฏิเสธ การรักษาเพื่อการยืดชีวิต หรือการรักษาที่รุกราน หรือการเลือกดูแลให้สบาย
- ให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียในแต่ละแผนการดูแล ข้อมูลการพียงชีพ ให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยทบทวนความเข้าใจข้อมูล ให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยจนเข้าใจข้อมูลอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 บันทึกเจตนาของผู้ป่วย

- ทบทวนเอกสารแสดงเจตนาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่คลาดเคลื่อน/เข้าใจไม่ตรงกัน แผนการดูแลต้องเหมาะสมคำนึงถึงลักษณะของบุคคลวัฒนธรรม และความเชื่อ
- ให้บันทึกผลการตัดสินใจลงในแบบฟอร์มการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่เป็นฟอร์มของโรงพยาบาล
- ให้ผู้ป่วยและพยาน (2 คน) เซนต์เอกสาร
- เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย
- แผนการดูแลสามารถปรับเปลี่ยนได้และต้องมีความยืดหยุ่น

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนและปรับปรุงเป็นระยะ

- ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาตามแผนที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้ เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ให้ผู้ป่วยเก็บแบบบันทึกการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายไว้กับตัว ถ่ายสำเนาเก็บที่ผู้ตัดสินใจแทน และเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วย
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงทีมสุขภาพมีการทบทวนความต้องการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจไว้

ขั้นตอนที่ 5 ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต

- ทีมสุขภาพให้การดูแลตามแผนการแสดงเจตนาของผู้ป่วย
- ควรมีการเตรียมตัวช่วงก่อนเสียชีวิต
- การจัดการภารกิจที่ค้างค้าง การรักษาความทรงจำครั้งสุดท้าย การกล่าวคำลา
- การกำหนดผู้ดูแล
- การเลือกสถานที่เสียชีวิต

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 75 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 เพศชาย ร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 71 ปี (\bar{X} =70.99, SD =13.00) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.7 เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ใช่มะเร็งที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ Stroke ,ESRD ,CHF ร้อยละ 10.7, 9.3 และ 8.0 ตามลำดับ และเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ CA Lung, CHCA, HCC ร้อยละ 8.0, 6.7 และ 5.3 ตามลำดับ ระดับสมรรถนะผู้ป่วย(Palliative Performance Scale: PPS) พบมากที่สุด คือ PPS 40% ร้อยละ 54.7 ได้รับการจัดการอาการรบกวน ร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.3 และ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 75.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=75)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	48
หญิง	39	52
อายุ		
น้อยกว่า 55 ปี	10	13.3
55 – 64 ปี	10	13.3
มากกว่า 65 ปี	55	73.3
\bar{X} = 70.99, SD =13.00, min = 33, Max = 93		
สถานะภาพ		
โสด	3	4.0
คู่	65	86.7
หม้าย/หย่า/แยก	7	9.3
วินิจฉัยโรค		
Stroke	8	10.7
ESRD	7	9.3
CHF	6	8.0
Dementia	5	6.6
Non-CA อื่นๆ	14	18.7
CA lung	6	8.0
HCC	5	6.6
CHCA	4	5.3
CA อื่นๆ	20	26.7
ระดับสมรรถนะ(PPS)		
PPS 40%	41	54.7
PPS 50%	11	14.7
PPS 60%	13	17.3
PPS 70%	3	4.0
PPS 80%	6	8.0
PPS 90%	1	1.3
การจัดการอาการรบกวน		
ได้รับ	58	77.3
ไม่ได้รับ	17	22.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=75) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	34	45.3
รับจ้าง	20	26.7
ค้าขาย	8	10.7
ข้าราชการ	9	12.0
อื่นๆ	4	5.3
ผู้ดูแล		
บุตร	66	75.9
พี่น้อง	4	4.6
คู่สมรส	14	16.1
บิดา-มารดา	1	1.1
อื่นๆ	2	2.3

2. ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 81.3 และไม่ได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 18.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (n=75)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า	61	81.3
ไม่ได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า	14	18.7

ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยินยอมให้มีการยุติหรือถดถอยเครื่องพยุงชีพ ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ ร้อยละ 80.3 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ ไม่ยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และฟอกเลือดล้างไต ร้อยละ 98.4 ไม่ยินยอมใส่สายยางให้อาหาร ร้อยละ 73.8 ไม่ยินยอมใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ร้อยละ 55.7 ตามลำดับ และพบว่ากิจกรรมที่ได้ระบุในแผนการดูแลล่วงหน้าได้ปฏิบัติตามแผน ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผน ร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 95.1 มีเพียงร้อยละ 4.9 ที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.4 มีเพียงร้อยละ 6.6 ที่ไม่ได้เสียชีวิตตามความปรารถนา

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ความต้องการให้มีกิจกรรมการดูแลนั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิตและกิจกรรมที่ได้ระบุไว้ได้รับการปฏิบัติตามแผนในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n=61)

รายการที่ระบุไว้ในแผนการดูแลล่วงหน้า	ความต้องการให้มีกิจกรรมการดูแลนั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต		กิจกรรมที่ได้ระบุไว้ได้รับการปฏิบัติตามแผน	
	ยินยอม	ไม่ยินยอม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.การใส่ท่อช่วยหายใจ	1 (1.6)	60 (98.4)	61 (100.0)	0 (0.0)
2. การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น	0 (0.0)	61(100.0)	61 (100.0)	0 (0.0)
3. การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ	0 (0.0)	61 (100.0)	61(100.0)	0 (0.0)
4. การยุติหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพ	61 (100.0)	0 (0.0)	61(100.0)	0 (0.0)
5. การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต	27 (44.2)	34 (55.7)	61 (100.0)	0 (0.0)
6. การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ	49 (80.3)	12 (19.7)	61 (100.0)	0 (0.0)
7.การใส่สายยางให้อาหาร	16 (26.2)	45 (73.8)	61 (100.0)	0 (0.0)
8.การฟอกเลือดล้างไต	1 (1.6)	60 (98.4)	61 (100.0)	0 (0.0)
9.ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน	58 (95.1)	3 (4.9)	57 (93.4)	4 (6.6)
10.ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล	3 (4.9)	58 (95.1)	57 (93.4)	4 (6.6)

3.ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพ พัฒนาโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.64$) จำแนกตามรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.55$) รองลงมา คือ ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.71$) และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ ความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.79$)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยทีมสุขภาพ (n=75)

ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนดูแลล่วงหน้า	ระดับความพึงพอใจ				\bar{x}	SD	แปลผล
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)			
1. ท่านได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ ถึงเป้าหมายและแผนการรักษา ของผู้ป่วย	0 (0.0)	15 (20.0)	40 (53.3)	20 (26.7)	4.07	0.68	มาก
2. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	0 (0.0)	6 (8.0)	43 (57.3)	26 (34.7)	4.27	0.60	มากที่สุด
3. ท่านได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	6(1.3)	7 (9.3)	31 (41.3)	36 (48.0)	4.36	0.71	มากที่สุด
4. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวด หรือไม่ทุกข์ทรมาน	0 (0.0)	11 (14.7)	46 (61.3)	18 (24.0)	4.09	0.62	มาก
5. ท่านได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยาย ความในใจ หรือซักถามเจ้าหน้าที่ทีม สุขภาพ และเจ้าหน้าที่พยาบาล	2 (2.7)	10(13.3)	48 (64.0)	15 (20.0)	4.01	0.57	มาก
6. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้ กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ	0 (0.0)	5(6.7)	46 (61.3)	24 (32.0)	4.25	0.57	มากที่สุด
7. ท่านมีความรู้และมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วย	0 (0.0)	16 (21.3)	38 (50.7)	21 (28.0)	4.07	0.70	มาก
8. ท่านได้รับความสะดวกในการ ปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทาง ศาสนา	6 (8.0)	20 (26.7)	40 (53.3)	9 (12.0)	3.69	0.79	มาก
9. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลของทีม ผู้ให้การดูแลรักษา	0 (0.0)	2 (2.7)	28 (37.3)	45 (60.0)	4.57	0.55	มากที่สุด
	รวม				4.15	0.64	มาก

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี การพัฒนาครั้งนี้ได้แนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของ Pairojkul (2017) 5 Steps for Successful ACP ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สภาวะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอนเป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกรักษาตามพรบ. มาตรา 12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ 5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยในแต่ละขั้นตอนได้

อธิบายแนวทางการดูแลไว้ให้เข้าใจอย่างง่าย เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลบ้านผือ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งรับกลับมาดูแลต่อจากที่อื่น ดูแลในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน การให้ข้อมูลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายยังได้มีการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS-Adult Suandok) เพื่อวางแผนการดูแล แยกผู้ป่วยตาม PPS 3 ระยะ ได้แก่ 1) PPS 70%-PPS100% (3 เดือน-1 ปี) 2) PPS 40%-60% (17-89 วัน) 3) PPS 0 %- PPS 30% (1-20 วัน) โดยทีม Palliative Care ทำการประเมิน จากผลการวิจัยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วย Palliative Care (รหัส ICD10: Z515) เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 40 คน พบมาก 3 ลำดับแรก คือ Stroke ,ESRD ,CHF ร้อยละ 10.7,9.3,8.0 ตามลำดับ และเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง 35 คน พบมาก 3 ลำดับแรก คือ CA Lung ,CHCA, HCC ร้อยละ 8.0,6.7,5.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและอื่นๆ ได้มีการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกผู้ป่วยระยะท้ายที่มี PPS \geq 40% มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากการวิจัยระดับสมรรถนะผู้ป่วย(Palliative Performance Scale: PPS) พบมากที่สุด คือ PPS 40% ร้อยละ 54.7 ได้รับการจัดการอาการรบกวน เช่น อาการปวด เหนื่อยหายใจหอบ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ร้อยละ 77.3 สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา มณีท่าโพธิ์และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลลัพธ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการนำระบบการพยาบาลไปใช้ ผู้ป่วยรับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการพยาบาลได้ถูกต้องประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองอย่างถูกต้อง และรับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสูงกว่าก่อนนำไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

2. หลังจากการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 81.3 อธิบายได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการที่มีการพูดคุยกันอย่างเป็นขั้นตอน ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ⁽⁸⁾ ใช้ภาษาและคำพูดที่ไม่กระทบจิตใจ ฟังอย่างตั้งใจเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ยอมรับความแตกต่างของความคิดตามคุณค่าของผู้ป่วย นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความเชื่อใจต่อกัน และการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความเปลี่ยนแปลงชีวิต⁽⁴⁾ ทำให้ผู้ป่วยได้ปรับเป้าหมายให้ตรงตามความจริงของการดำเนินโรค และที่สำคัญการมีเวลาให้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้ถามข้อสงสัยจนเข้าใจได้ชัดเจน ดังนั้นการได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่เพียงพอชัดเจนและเข้าใจการดำเนินโรคตรงตามความจริง สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวิรุ์ สิริโรจนามณี, ประทุม สร้อยวงศ์, & พิกุล พรพิบูลย์⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษการแจ้งข่าวร้ายในการดูแลแบบประคับประคองจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา มีโอกาสเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสเตรียมตัวเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์, พิกุล พรพิบูลย์⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลประคับประคองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงกว่า แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการวางแผนดูแลล่วงหน้า(Advance Care Plan) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดของ พรเลิศ ฉัตรแก้ว⁽¹¹⁾ กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่า ความปรารถนา และเป้าหมายในการดูแล(goals of care) ของผู้ป่วย ทั้งนี้ผลที่เกิดขึ้น

เนื่องจากการจัดบริการในโรงพยาบาลบ้านผือ เน้นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นทำให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายทุกรายได้กำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกัน

ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ไม่ยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และฟอกเลือดล้างไต ร้อยละ 98.4 ไม่ยินยอมใส่สายยางให้อาหาร ร้อยละ 73.8 ไม่ยินยอมใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ร้อยละ 55.7 ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ บุญมรดกและ โสเพ็ญ ชูนวน⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย กลุ่มทดลองมีการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งมณี พุกไพจิตร, สุธิ อยู่สถาพร, ฉัตรสมัน พงษ์ภิญโญ, & นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์⁽¹³⁾ ที่ทำการศึกษากการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก โดยบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยทวารผ่านศึกต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุดคือ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ และพบว่กิจกรรมที่ได้รับรู้ในแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 100 ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 95.1 เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและมีความผูกพัน คนส่วนใหญ่จึงต้องการอยู่ที่บ้าน เพราะได้อยู่กับคนที่รักและญาติพี่น้องโดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ โพธิงาม⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยได้สนใจท่ามกลางความอบอุ่นจากญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก ร้อยละ 100 มีเพียงร้อยละ 4.9 ที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เนื่องจากบางพื้นที่มีสถานะเป็นสังคมเมือง ผู้คนต้องอาศัยบ้านเช่า มีสถานที่คับแคบเป็นอุปสรรคกับการเป็นสถานที่เสียชีวิต และในปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีขนาดเล็กลง มีการแยกกันอยู่เพื่อประกอบอาชีพ ทำให้ขาดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเจ็บป่วยมักจะพึ่งพาสถานพยาบาล เพราะเชื่อว่ามีความพร้อมในการดูแลซึ่งจะส่งผลให้ได้รับการดูแลเป็นอย่างดี และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.4 สอดคล้องกับการศึกษาของอดิศร อุดรทักษ์, & ยุวดี คาศิริ⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษามผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นและมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบตามความประสงค์ที่ได้วางแผนล่วงหน้าไว้

3. ประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพ หลังการพัฒนาแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.64$) จำแนกตามรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.55$) รองลงมา คือ ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.71$) และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ ความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.79$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล⁽¹⁶⁾ พบว่าภาพรวมของความพึงพอใจในการดูแลแบบ

ประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรมนต์ ไกรสร⁽¹⁷⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาหมี่ พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองภาพรวมระดับมาก ($\bar{X} = 4.27, SD = 0.61$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิตา พลจันทร์⁽¹⁸⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.67 เทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อไม่ยื้อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพได้นำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการ และยังเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ เกิดประโยชน์ช่วยลดภาระการตัดสินใจของครอบครัว และทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผลของการพัฒนาแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 5 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนได้อธิบายแนวทางการดูแลไว้ให้เข้าใจอย่างง่ายเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลบ้านผือ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง

2. กระตุ้นให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการใช้แนวทางการประชุมครอบครัว และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลบ้านผือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย

3. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าในด้านความรู้ กระบวนการสื่อสาร การประเมินผู้ป่วย รวมถึงการจัดการอาการ

4. ควรจัดทำคู่มือแบบฟอร์มหรือแอปพลิเคชัน การเขียนหนังสือแสดงเจตนาการรักษาที่ประชาชนเข้าถึง และเข้าใจง่าย สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ชัดเจน รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง

2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนในการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ การทำและการใช้หนังสือแสดงเจตนาให้สามารถใช้กับบุคคลทุกกลุ่มในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง 2563. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39784>.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์; 2563.
3. National Health Omission Office. Operational Definition of Word Use in Palliative Care in Thailand.B.E. (in Thai). 2020.
4. Nagaviroj K. Living will and Advance Care Planning. Atsawathirakun. (Eds). Sukh Sudthy Thi Teuy di. (pp104-111). Bangkok: 3D Printing Equipment co.,LTD. (in Thai). 2017.
5. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Training of the trainers in Palliative care Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
6. ณรงค์ โพธิ์พูกษานันท์. ระเบียบวิธีวิจัย หลักการและแนวคิด เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์; 2556.
7. นิตยา มณีท่าโพธิ์, พรรณี ชูศรี, สมพร เจษฎาญาณเมธา, ปัญญา เกื้อนดั่ง, วิภาพร สิทธิศาสตร์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565;40(4):1-12.
8. แสง บุญเฉลิมวิภาส. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย:ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย.วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2558;1(3):241-253.
9. กัญญาวิร สิริโรจนามณี, ประทุม สร้อยวงศ์, พิกุล พรพิบูลย์. การแจ้งข่าวร้ายในการดูแลแบบประคับประคอง:การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์. Nursing Journal CMU 2019;46(3):71-81.
10. จิตินันท์ อัครเดชอนันต์, พิกุล พรพิบูลย์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง. Nursing Journal CMU 2018;45(3):69-82.
11. พรเลิศ ฉัตรแก้ว. บทความปริทัศน์ Advance care plan and living will. วารสารเวชบำบัดวิกฤต โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2009;13(1):10-17.
12. ประไพ บุญมรดก, โสเพ็ญ ชูฉนวน. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2022;9(1):270-282.
13. รุ่งมณี พุกไพจิตร, สุธี อยู่สถาพร, ฉัตรสมัน พงษ์นิญญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก. Public Health Policy and Laws Journal 2018;4(1):1-16.
14. อรุณ โพธิงาม. ผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง. โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย; 2562.
15. อติสร อุดรทักษ์, ยุวดี คาคีวี. ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2023;8(2):173-180.

16. มารยาท สุจริตรกุล. ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี.วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2562;44(2):97-108.
17. พัทธมนต์ ไกรสร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาหม้อ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2024;9(3):385-394.
18. ศิธา พลจันทร์. ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2024;9(1):68-78.