

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา
The Design of the Palliative Care System for Terminal Cancer Patients
at Sadao Hospital Songkhla Province

ยุทามาส วันดาว*
Yutamas Wandao*

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสะเดา ใช้กรอบแนวคิดวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิ่ง กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ แพทย์ที่ทำการตรวจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและพิจารณาเป็นผู้ป่วยใน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติและแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และแบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้แนวปฏิบัติ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้ 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) และ 3) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า วงจรการพัฒนาคุณภาพของเดมิ่งตามหลัก PDCA สามารถสร้างและพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่ได้แต่ละขั้นตอน คือ Plan และ Do พัฒนาเป็นระบบการคัดแยกและเกิดแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ Check และ Act สรุปผลรูปแบบของความเป็นไปได้ได้ดังนี้ ด้านระบบการคัดแยกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($X=2.62$; $SD=0.52$) และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($X=2.81$; $SD=0.41$) ตามลำดับ ทั้งนี้ควรมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและทบทวนแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก การดูแลประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บทบาทแพทย์

ABSTRACT

This research is research and development. Objective To create and develop guidelines for the care system for terminal cancer patients admitted to Sadao Hospital. Using the Deming Quality Development Cycle Concept, A specific randomized sample was doctors who examined terminal cancer patients and considered admitting in to inpatients. The tools used were a guideline-based screening system and doctor's order sheet forms. Check for the validity of the content by 5 experts and questionnaire the feasibility of the implementation of the guideline in 3 areas: 1) Ease and Ease of Use 2) Clarity of the guideline. (It is understood) and 3) the possibility of practical application. The data were analyzed by distributing frequency, percentage, mean and standard deviation.

The PDCA-based quality development cycle can effectively create and improve the quality of terminal cancer care practices. The results of each step were Plan and Do, developed into a guideline-based screening system and doctor's order sheet forms. Check and Act, summarizing the possibilities as follows: The overall separation system was at a high level ($X = 2.62$; $SD = 0.52$) and the doctor's order form overall was at a high level ($X = 2.81$; $SD = 0.41$), respectively. Improve according to suggestions and revise before use.

Keywords: Clinical Practice Guideline, Terminal Cancer Patient, Doctor Role

บทนำ

จากสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วโลกที่มีจำนวนมากถึง 40 ล้านคน กลุ่มโรคสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.5) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 34) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการรักษา แต่ในทางปฏิบัติมีเพียง ร้อยละ 14 เท่านั้น¹ ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะโรคมะเร็งจัดเป็นโรคที่มีโอกาสรักษาหายขาดน้อย การบรรเทาทุกข์ผ่านการดูแลแบบประคับประคองทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากซึ่งในทางปฏิบัติสามารถทำได้มากถึงร้อยละ 90² จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2559-2562 ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ถูกส่งกลับมารักษาแบบประคับประคองต่อเนื่องของโรงพยาบาลสะเดามีจำนวน 7, 18, 18, และ 28 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญที่จะมุ่งการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มนี้ จึงได้จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพและจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพร้อมยกย่องขึ้นตั้งแต่วันที่ พ.ศ. 2559

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น³ แนวปฏิบัติที่ดีต้องสร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีผลลัพธ์ชัดเจนก่อนนำสู่การปฏิบัติและหากต้องมีการปรับปรุงต้องผ่านกระบวนการพิจารณาถึงสาระสำคัญว่ามีความเหมาะสมกับบริบทที่จะนำมาใช้จริง⁴ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยต้องมุ่งเน้นการดูแลแบบผสมผสาน ดังนั้นจะต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของแต่ละวิชาชีพสร้างแนวปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันกับบทบาทหน้าที่

จากสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล พบว่ามีประสพปัญหาด้านการดูแลรักษาของแพทย์ทั้งในด้านการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดทำให้ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกรับและแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบกับความหลากหลายของแผนการรักษาที่ไม่เหมือนกัน เพราะเกิดจากปัจจัยทางความรู้ ประสพการณ์ ประกอบกับการที่ทางโรงพยาบาลไม่ได้มีแนวปฏิบัติเฉพาะของวิชาชีพแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการติดตามโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน แนวทางการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ปัญหาการบริหารยาที่ถูกดำเนินการโดยแพทย์⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ ความรู้ อธิปไตยจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ประสพการณ์ในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายนอก⁶

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นประธานทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลสะเดา ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในบทบาทวิชาชีพแพทย์ จึงคิดเริ่มสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกรณีผู้ป่วยใน ซึ่งระบบจะถูกนำมาใช้ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วยเพื่อรับเป็นผู้ป่วยในและแสดงให้เห็นในแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) ตามความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสะเดา รูปแบบการวิจัยและพัฒนา เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยแพทย์ได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวม จัดทำภายใต้กรอบแนวคิดวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิ่ง (Meon RD, 2010)⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน P-Plan การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน D-Do การปฏิบัติการ C-Check การติดตามประเมินผลพัฒนา และ A-Act การปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet)

2. ศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ไปใช้ในทางปฏิบัติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เพื่อศึกษาและสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์ กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 18/2563 วันที่ให้การรับรอง 20 มีนาคม 2563 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างค่านึงถึงความยินยอมเป็นสำคัญ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัยความ

เสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบอย่างละเอียด

กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ บุคลากรวิชาชีพแพทย์ประจำโรงพยาบาลสะเดา จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) ระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ 2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มวิชาชีพแพทย์ 3 ด้าน ดังนี้ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้ 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) 3) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้ ระบบถูกสร้างและพัฒนาขึ้นตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิ่ง (Meon RD, 2010)⁷ ทุกขั้นตอนได้ผ่านการประชุมทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลสะเดา (สหสาขาวิชาชีพ) ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมต่อเนื่องโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (P: Plan) ขั้นตอนนี้ ต้องมีการทบทวนปัญหาที่ต้องการแก้ไข วิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ และกระบวนการเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพของปัญหาสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยการวางแผนจะมี 3 ขั้นตอนต่อไปนี้

1.1 ระบุสาเหตุและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

1.3 กำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิมและวางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน (Action plan) ระบุสิ่งที่ต้องทำ ผู้รับผิดชอบและควรจะทำเมื่อใด

รายละเอียดของแผนความร่วมมือทุกด้านของวิธีการทดสอบการปรับปรุงและลงมือปฏิบัติ

2. การปฏิบัติ (D: Do) การลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่สำคัญคือการรวบรวมและจัดทำเอกสารข้อมูลที่ได้จากการลงมือปฏิบัติ รวมทั้งการสังเกต บทเรียนที่ได้รับ เพื่อนำไปสู่การตรวจสอบการดำเนินการต่อไป

3. การตรวจสอบ (C: Check) เป็นการตรวจสอบผลการดำเนินการกับแผนติดตามตรวจสอบและประเมินผลงานที่ปฏิบัติ

4. ปรับปรุง (A: Action) หากการดำเนินการบรรลุตามแผน ควรให้มีการยึดถือปฏิบัติ กำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่และอาจเผยแพร่ข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต แต่หากไม่บรรลุตามแผนให้หาสาเหตุและวางแผนแก้ไขใหม่ ทั้งที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาที่ไม่ได้คาดหวังและปัญหาเฉพาะหน้า

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลของกระบวนการสร้างและพัฒนาขึ้นตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิ่ง (Meon RD, 2010)⁷ แบ่งได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน (P-Plan)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของวิชาชีพแพทย์ที่ผ่านมาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์หาประเด็นปัญหา พบว่า การคัดแยกผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้รับการวินิจฉัยครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและแผนการรักษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมความเป็นองค์รวม ซึ่งสาเหตุหลักมาจากโรงพยาบาลยังขาดแนวปฏิบัติของบุคลากรวิชาชีพแพทย์โดยเฉพาะ

2. ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมสะท้อนข้อมูลปัญหา รวมถึงข้อจำกัดขอบเขตการดูแลรักษาตามความศักยภาพบุคลากรวิชาชีพแพทย์

3. ผู้วิจัยทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคัดแยกและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรวมถึงข้อจำกัดขอบเขตการดูแลรักษาตามความศักยภาพบุคลากรวิชาชีพแพทย์ในบริบทของโรงพยาบาลขนาดทุติยภูมิ

4. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากแหล่งต่างๆ เช่น เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (D-Do)

1. ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้เกิดระบบการคัดแยกการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นการพัฒนาเพิ่มเติมจากระบบเดิม โดยปรับในส่วนการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการกำหนด Inclusion Criteria ที่ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ การคัดกรองที่ส่งต่อหน่วยบริการได้อย่างถูกต้อง เกณฑ์การคัดแยกใช้ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยว่าจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจนถึงพิจารณารับเป็นผู้ป่วยในแพทย์ให้การรักษาดูแลตามแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) ซึ่งสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่เกณฑ์วินิจฉัย จนกระทั่งการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตครอบคลุมใน 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ระบุเกณฑ์วินิจฉัยที่สำคัญและปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยครบถ้วนเป็นองค์รวม

3) กำหนดบทบาทผู้บันทึกที่ชัดเจน

4) มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (ระบุเป้าหมายร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว)

5) มีแนวทางการดูแลครบองค์ประกอบหลัก (การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptomatic Treatment) การรักษาโรค (Disease Treatment) และการดูแลด้านจิตสังคมและวิญญาณ (Psychological Support)) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้แก่ แพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น Palliative care 3 ท่าน พยาบาลผ่านการอบรม Palliative care 1 ท่าน เภสัชกรผ่านการอบรม Palliative care 1 ท่าน และปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแล้วมาพิจารณาตามความเหมาะสมความถูกต้องของภาษา และความสอดคล้องเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการสร้างและพัฒนาขึ้น ก่อนนำเสนอเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้งเพื่อขอความเห็นชอบก่อนนำไปใช้

3. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวเพื่อส่งไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสเตาเพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือหน่วยบริการในโรงพยาบาลเสเตาในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยส่งโครงร่างการวิจัยให้พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาพิจารณาขอความเห็นและอนุญาตในการทำวิจัย

5. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงงานวิจัยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินงาน

6. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่คัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) มาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการตรวจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 7 คน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากที่สุด และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้ 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) และ 3) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบและติดตามประเมินผลพัฒนา (C-Check)

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่คัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ไปใช้ในทางปฏิบัติ

3. รวบรวมข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวปฏิบัติระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่คัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet)

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (A-Act)

1. สะท้อนผลการปฏิบัติและแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเป็นแนวทางนำไปปรับปรุงระบบแนว

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ดีขึ้น
ร่วมกัน

2. วางแผนนำผลลัพธ์ ข้อเสนอแนะ
และสิ่งที่ได้จากการสะท้อน ปรับปรุงแนว
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กรณี
ผู้ป่วยในตั้งแต่คัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ
และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์
(Doctor Order Sheet) เพื่อความสมบูรณ์ของ
แนวปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริงและดำเนินกร่างเข้า
เป็นส่วนหนึ่งระบบบริการทางคลินิกต่อไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่าง ส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ
57.1) ช่วงอายุ 25 - 30 ปี (ร้อยละ 57.1) ระดับ
การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 85.7) และ
จบเฉพาะทางสาขาจิตเวชชุมชน (ร้อยละ 14.3)

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1-3 ปี (ร้อยละ 57.1)
เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย (ร้อยละ 57.1) เคยผ่านการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100) และมีความมั่นใจใน
การบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ
100)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเป็นไปได้
ของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยใน
ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และ
แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ไปใช้ในทาง
ปฏิบัติ แบ่งได้ 2 ประเด็นหลักดังตารางที่ 1 และ
ตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ด้านการคัดแยกผู้ป่วย

การคัดแยกผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติ	กลุ่มตัวอย่าง (N=7)				
	จำนวนและร้อยละของความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	X	SD
1. มีความง่ายและความสะดวกต่อ การนำไปใช้	4 (57.14)	3 (42.86)	0 (0.00)	2.57	0.53
2. มีความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน)	5 (71.43)	2 (28.57)	0 (0.00)	2.71	0.49
3. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อ การนำไปใช้	4 (57.14)	3 (42.86)	0 (0.00)	2.57	0.53
รวม				2.62	0.52

ผลการประเมินความเป็นไปได้ต่อการ
นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้ายด้านการคัดแยกผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน โดยภาพ
รวมจัดอยู่ในระดับมาก (X = 2.62, SD = 0.52)
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ย
จากมากไปน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความ

เป็นไปได้มากที่สุด ได้แก่ ด้านความชัดเจนของ
แนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) (X = 2.71, SD =
0.49) รองลงมา ได้แก่ ด้านความง่ายและความ
สะดวกต่อการนำไปใช้ที่มีผลการประเมินในระดับ
มากเท่ากับด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อ
การนำไปใช้ (X = 2.57, SD = 0.53)

ตารางที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการใช้แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet)

แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet)	กลุ่มตัวอย่าง (N=7)				
	จำนวนและร้อยละของความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	X	SD
1. มีความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้	6 (85.71)	1 (14.29)	0 (0.00)	2.86	0.38
2. มีความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน)	6 (85.71)	1 (14.29)	0 (0.00)	2.86	0.38
3. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้	5 (71.43)	2 (28.57)	0 (0.00)	2.71	0.49
รวม				2.81	0.41

ผลการประเมินความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านการใช้แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) โดยภาพรวมจัดอยู่ในระดับมาก ($X = 2.81, SD = 0.41$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้มากที่สุด ได้แก่ ด้านความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้ และด้านความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) ($X = 2.86, SD = 0.38$) รองลงมา ได้แก่ ด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้ ($X = 2.71, SD = 0.49$)

วิจารณ์และอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอวิจารณ์และอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยใน ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) ประสบความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งร่วมกับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ระดับประคองของโรงพยาบาลฉบับเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวมจากแพทย์ตามหลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในรูปแบบเดียวกันอาจจะมีแตกต่างกันบ้างตามบริบทการร่วมอื่นๆ เนื่องด้วยทุกขั้นตอนของการสร้างแนวปฏิบัติตามหลัก P-D-C-A เกิดจากความร่วมมือกันของผู้วิจัย (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและประธานทีมสหสาขาวิชาชีพ) และทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งทุกท่านในทีมได้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะการดูแลผู้ป่วยประคับประคองตามจุดมุ่งเน้นของแต่ละวิชาชีพที่กำหนดไว้ในแนวทางสาธารณสุข และจุดเด่นที่สำคัญอีกประการ คือ แนวปฏิบัติถูกสร้างมาจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการตรวจรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อไปถึงสหวิชาชีพด้านอื่นเพราะแพทย์มีบทบาทหลักคือผู้ให้การรักษาและเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาทั้งหมด ความเป็นปัจเจกบุคคลในระบบการดูแลของแพทย์ไม่ว่าจะด้านของการศึกษา ความรู้ ประสบการณ์ ประกอบกับแพทย์ที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจะไม่มี ความมั่นใจและแม่นยำในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นแนวปฏิบัติ

จึงมุ่งเน้นให้แพทย์ให้ยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยทำการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีความน่าเชื่อถือและทันสมัย เป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยเฉพาะแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) ที่ผู้วิจัยสร้างมาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลครอบคลุม 5 ประเด็นหลักของการดูแลระดับประคองที่ผู้ป่วยควรได้รับและแพทย์ควรนำไปใช้ในการปฏิบัติทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย นั่นก็คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องได้รับการวินิจฉัยถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม ได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมองค์รวม ลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลร่วมกับแพทย์ เพื่อลดความผิดพลาดในการสื่อสารส่วนของการรักษาของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ^{8,9}

2. ความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยในด้านการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ พบว่า ผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนในส่วนของชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.43 ในขณะที่ความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้มีความเห็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.14 หากพิจารณาถึงค่าความแตกต่างของร้อยละจะเห็นได้ว่าระบบการคัดแยกผู้ป่วยยังควรต้องปรับปรุงและพัฒนาก่อนที่จะนำไปใช้จริง เนื่องจากการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของทีมสุขภาพและนำไปประยุกต์ใช้ในทิศทางเดียวกัน⁴

3. ความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากร

วิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยในด้านแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) พบว่า ผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านความความง่ายและความสะดวกต่อการนำไปใช้ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่เข้าใจตรงกัน ร้อยละ 85.71 และในด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อการนำไปใช้พบคะแนนประเมินที่ร้อยละ 71.43 จากข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในด้านนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า 1) จำนวนหน้าของใบคำสั่งรักษามากเกินไป 2) ควรใช้รายการยาเป็นตัวหลักแทนการนำกลุ่มอาการเป็นตัวเริ่มต้น เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการสั่งยาชนิดเดียวกัน ซึ่งในทุกประเด็นทางผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำการปรับปรุงและพัฒนา ก่อนยกร่างเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการทางคลินิกต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. กระจายแนวปฏิบัติระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคองประคองสำหรับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ลงสู่ชุมชนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ

2. เผยแพร่แนวปฏิบัติระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสะดวก สำหรับบุคลากรวิชาชีพแพทย์กรณีผู้ป่วยใน ตั้งแต่ระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet) ไปสู่โรงพยาบาลที่มีความใกล้เคียงกันของบริบทขอบเขตความสามารถในการดูแลและรักษา เพื่อเผยแพร่ให้บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางคลินิกในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรสร้างแนวปฏิบัติระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคองในกรณีผู้ป่วยกลับบ้านสำหรับบุคลากรวิชาชีพแพทย์เพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและเป็นองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเตา ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำไปใช้ในผู้ป่วย ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณ คุณอุดมรัตน์ ชโลธร คุณฮาปีตะ เต็มหมัด ไว้เป็นอย่างยิ่งที่ได้เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยและขอขอบคุณแพทย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมจัดทำงานวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care. [online]. [cited 2018]. Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. World Health Organization. Palliative care. [online]. [cited 2018]. Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care>
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4rd edition; 2018.

4. ดวงฤดี ลาคุชชะ. การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก: แนวทางและขั้นตอน Clinical Practice Guidelines Adaptation: Concept and Process. 2556; พยาบาลสารปีที่ 40 ฉบับพิเศษ ธันวาคม พ.ศ. 2556; 97-104.
5. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แนวทางการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 (Inspection Guideline) คณะที่ 2: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): 517-529.
6. Brown JB, Sangster M, Swift J. Factors influencing palliative care. Qualitative study of family physicians' practices. Can Fam Physician. 1998; 44: 1028-1034.
7. Meon RD, Norman CL. Circling Back: Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving[online]. 2010. [cited 2019Nov 03]. Available from: <http://apiweb.org/circling-back.pdf>.
8. วาสนา สวัสดิ์ดินถนาท, อมรพันธุ์ ธาณีรัตน์, ธารทิพย์ วิเศษธาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25(1): 144-156.
9. ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์, พิกุล พรพิบูลย์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง. พยาบาลสาร 2561; 43(3): 70-82.