

ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและ ผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี

มารยาท สุจริตวารกุล พยม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่แรกเริ่ม ต่อเนื่องจนจำหน่าย ที่จำแนกตามเกณฑ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 165 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ เอกสารแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการประชุมครอบครัว การวางแผนดูแลล่วงหน้า และแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสัมภาษณ์ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale: POS) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง นำมาหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 10.9 โดยคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลังการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ดี ดังนั้นควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติ การพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอครอบคลุมในทั้ง 4 องค์ประกอบของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแล, แนวทางปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

Effects of the Palliative Care Guideline on Quality of life and Palliative Care Outcome Scale in Care givers, Chonburi Hospital

Marayart Sujaritwarakul M.N.S.*

Abstract

The cross-sectional descriptive research aimed to compare the effects of the practice guideline for palliative care patients. The samples were 165 care givers of palliative care patients, the adult patients who were treated at Chonburi hospital. The research instruments employed in data collection were the questionnaire of the personal information concerning the health status with assessment scales on the palliative care system, the care givers' quality

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, พยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี

* A Registered Nurse, Professional Level, Palliative care nurse, Chonburi Hospital

of life of the World Health Organization short set Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) and the palliative outcome scale (POS). Analysis of reliability, Cornbrash's alpha coefficient reliability as 0.82 and 0.80. The inter-rater reliability of those questionnaires had assessment form for palliative care patients gained the confidence as 0.86. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis include dependent t-test.

The research found that the sample group had moderate quality of life at 89.1 percent and have a good quality of life only 10.9 percent. After receiving the practice guideline, the mean scores of care givers' POS significantly decrease ($p \leq 0.001$). We recommend that there should be regular use of nursing practice guidelines in all departments covering all 4 elements of quality of life promotion.

Keywords : Quality of life, Practice guidelines, Palliative care outcome scale, Caregivers', Palliative Care

บทนำ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยมีเป้าหมายสัมพันธ์กับความหวังของตนเอง มีบทบาทสำคัญในแง่ความผาสุกของมนุษย์^{1,2} องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความคุณภาพชีวิตไว้ว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาวะของตนเองตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมในขณะที่บุคคลเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรม และบทบาททางสังคมลดลง ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองและของผู้ดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านประชากรต่าง ๆ เช่น ประสบกับเหตุการณ์ที่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม³

โรงพยาบาลชลบุรีมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ ปี 2559 ถึงปี 2561 เป็นจำนวน 592, 916, 1,496 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงต้องการดูแลจากผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น⁴ ดังนั้นการจัดให้มีการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญและจำเป็น เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอันเป็นบุคคลที่รักของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว⁵ นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเองอีกด้วย ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองจะได้สามารถปรับตัวรับมือบทบาทของผู้ดูแลได้และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่าง

ครบถ้วน และจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงเวลาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁶

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse) มีบทบาทหลักและทำงานร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ เป็นส่วนหนึ่งในด้านการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลชลบุรีว่า เมื่อได้รับการดูแลตามแนวทางดังกล่าวแล้วมีระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร เพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการช่วยเหลือและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลชลบุรี รวมทั้งความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา และเปรียบเทียบผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ

ดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ที่กำหนดตามแนวทางการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรีที่ได้รับการประเมิน Palliative care Performance scale (PPS) ในปี พ.ศ. 2561 ระหว่าง พฤษภาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 ทุกคน จำนวน 165 คน ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรืออาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และสามารถตัดสินใจออกจากการศึกษาได้โดยไม่ผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ทุกราย และนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 เอกสารแนวทางการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี

1.2 เอกสารแนวทางการประชุมครอบครัวและการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี

1.3 เอกสารแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แผนก ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย สถานภาพสมรส เพศ อายุ การประชุมครอบครัว กลุ่มโรคผู้ป่วย Palliative Care ระยะของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล การจัดการความปวด อาชีพ ปัญหาความต้องการด้านจิตสังคม รายได้ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความต้องการการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย ความต้องการการดูแลต่อเนื่องของ ผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเองในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ โดยการศึกษาครั้งนี้นำมาใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วน

แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลของผู้รับบริการก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale: POS) โรงพยาบาลชลบุรี มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีคะแนนเต็ม 40 คะแนนเป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4 โดยกำหนดให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ คะแนน 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ คะแนน 1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง คะแนน 2 = บางครั้ง คะแนน 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ คะแนน 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกรู้สึกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ เมื่อมีการประเมินคะแนนในผู้ดูแลผู้ป่วยหลายคนของ 1 หน่วยงานให้คิดคะแนนเฉลี่ยของคะแนน POS รายข้อของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และคิดคะแนนเฉลี่ยของ POS โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคน แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน ถ้าคะแนนเฉลี่ยของคะแนน POS ลดลง หมายถึง มีผลลัพธ์การดูแลดีและผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติให้คะแนน เท่ากับ 1 และไม่ปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบประเมินที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาใช้โดยกรมสุขภาพจิต ส่วนแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลของผู้รับบริการก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามราชนครเชียงใหม่ ที่แปลมาจากแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) ของศาสตราจารย์ จูลี เฮอร์น และศาสตราจารย์ไอรีน เจ อิกกินสัน⁸

แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบความตรงตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประเมินความเหมาะสม ความสอดคล้อง

ผลการประเมิน มีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด มีจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็น ระดับ 3 และ 4 จำนวนทุกข้อ ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีจำนวน 10 ข้อ ได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินในแฟ้มเดียวกัน ประเมินพร้อมกัน โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน 10 ฉบับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter - Rater Reliability: IRR) เพื่อใช้ในการประเมินความเชื่อมั่นที่มีความไว (Sensitivity) เป็นการวัดความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในของเครื่องมือวิจัย ซึ่งเป็นการพิจารณาของผู้ประเมินตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยที่ผู้ประเมินแต่ละคนมีความเป็นอิสระต่อกัน จึงจะได้ค่าความเชื่อมั่นที่คงเส้นคงวาของผลการพิจารณาของผู้ประเมิน สถิติที่ใช้คำนวณความเชื่อมั่นจากการสังเกตระหว่างผู้ประเมินได้จาก

$$\text{ความเชื่อมั่นจากการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน}}{(\text{จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน} + \text{จำนวนที่ประเมินต่างกัน})}$$

ถ้าค่าที่ได้มีค่าระหว่าง 0.8 ถึง 1 แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินสูง⁹ การวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 0.86

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่มีความสนใจ มีความรู้ เคยได้รับการอบรมในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 3 วัน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สนใจ

ในการทำวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความร่วมมือ วิธีการสอบถามและวิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยลงนามในใบยินยอมว่าจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ โดยอธิบายสาระสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยให้ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยภายใน 1-3 วัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าสมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรีแล้ว ให้ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เดิมสัมภาษณ์เก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอีกครั้งภายใน 3-7 วัน หลังได้รับการดูแล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความยินยอมการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี (รทสวิจัย 5/61/Nh3) และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เอกสารแนวทางการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี เอกสารแนวทางการประชุมครอบครัวและการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี เอกสารแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care unit) โรงพยาบาลชลบุรี (FM-AOP-NSO-002) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น จะนำเสนอในภาพรวมและจะไม่นำมาเปิดเผยเป็นรายบุคคล เมื่อคณะกรรมการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Dependent t - test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 165 ราย มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 58.8 เป็นผู้ดูแลจากแผนกสูติกรรม ร้อยละ 39.4 แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 32.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 ผู้ป่วยที่ดูแลนั้นนอนโรงพยาบาลนานน้อยกว่า 4 วัน ร้อยละ 51.5

กลุ่มส่วนใหญ่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นกลุ่มโรค Neurological Disease/Stroke ร้อยละ 31.5 ผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 74.5 มีรายได้ประมาณ 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.6 และรองลงมา 800 บาทต่อเดือน ร้อยละ 27.9 ผู้ดูแลมีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 58.8 มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องถึงร้อยละ

87.3 มีความต้องการการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย ร้อยละ 83.6 ไม่มีปัญหาทางด้านความต้องการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ร้อยละ 61.2 และ 64.8 ตามลำดับ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการส่งต่อ ร้อยละ 38.3 แพทย์จำหน่าย ร้อยละ 37.0 มีคะแนนความปวดมากกว่า 3 ร้อยละ 53.7 ได้รับการประชุมครอบครัวถึงร้อยละ 98.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 165)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	30.9
หญิง	114	69.1
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	97	58.8
60-69 ปี	21	12.7
70 ปีขึ้นไป	47	28.5
เป็นผู้ดูแลจากผู้ป่วยแผนก		
สูติ-นรีเวชกรรม	65	39.4
ศัลยกรรม	54	32.7
อายุรกรรม	46	27.9
ระยะของผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
ระยะคงที่ (PPS=70%-100%)	67	40.6
ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40%-60%)	36	21.8
ระยะสุดท้าย (PPS=0%-30%)	62	37.6
ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 4 วัน	85	51.5
4 วันขึ้นไป	80	48.5
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	123	74.5
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	18	10.9
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	17	10.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	4.2
รายได้		
มากกว่า 800 บาท/เดือน	77	46.7
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	88	53.3
สถานภาพสมรส		
หม้าย	87	52.7
โสด	52	31.5
คู่	26	15.8
ผู้ดูแล		
บุตร	97	58.8
พี่/น้อง	57	34.5
คู่สมรส	11	6.7
ความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว		
ต้องการ	144	87.3
ไม่ต้องการ	21	12.7
ความต้องการการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย		
ต้องการ	138	83.6
ไม่ต้องการ	27	16.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาด้านความต้องการด้านจิตสังคม		
มี	64	38.3
ไม่มี	101	61.2
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ		
มี	58	35.2
ไม่มี	107	64.8
ประเภทจำหน่าย		
แพทย์จำหน่าย	61	37.0
ส่งต่อ/Refer	55	33.3
เสียชีวิตที่ รพ.	42	25.5
ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	7	4.2
คะแนนความปวด (Pain score)		
น้อยกว่า 3	76	46.3
มากกว่า 3	89	53.9
การประชุมครอบครัว (Family Meeting)		
ทำ	162	98.2
ไม่ได้ทำ	3	1.8

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความหมายมากที่สุด ร้อยละ 72.7 สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีมากที่สุด ร้อยละ 42.4 พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากที่สุด ร้อยละ 38.8 พอใจกับการนอนหลับของตนเองมากที่สุด ร้อยละ 35.8 ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นต้อง

ไปรับการรักษาพยาบาลแบบประคับประคองมากที่สุดเพื่อที่ตนเองจะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ร้อยละ 30.3 และผู้ดูแลผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตโดยรวม (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.5 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลและตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 10.9 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (n = 165)

คุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ดูแลผู้ป่วย	ไม่เลย (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	มากที่สุด (ร้อยละ)
1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด	30.3	38.2	15.8	15.8	6.0
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว	36.6	34.5	18.8	3.0	40.0
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	30.3	3.6	50.3	14.5	1.2
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจกับการนอนหลับของตนเอง	30.3	3.6	30.3	35.8	0
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	34.5	33.9	15.8	15.2	6.0
6. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี	33.9	34.5	9.7	21.8	0
7. ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกพอใจในตนเอง	33.9	0	47.9	18.2	0
8. ผู้ดูแลผู้ป่วยยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	3.6	0	43.0	52.7	6.0

คุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของ ผู้ดูแลผู้ป่วย	ไม่เลย (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	มากที่สุด (ร้อยละ)
9. ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึนหวัง วิตกกังวลบ่อย	30.9	3.6	60.0	5.5	0
10. ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวันที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว	30.3	3.6	51.5	10.3	4.2
11. ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	35.2	10.9	22.4	1.2	30.3
12. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	30.3	0	44.2	21.8	3.6
13. ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	0	0	73.9	21.8	4.2
14. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	0	0	42.4	53.3	4.2
15. ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	0	3.6	46.7	49.1	6.0
16. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	0	0	17.0	44.2	38.8
17. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	30.3	7.3	53.3	9.1	0
18. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	0	0	17.0	79.4	3.6
19. ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	0	3.6	81.8	10.3	4.2
20. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด					
21. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	0	72.7	15.8	11.5	0
22. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของตนเอง(หมายถึงการคมนาคม)	0	3.6	81.2	14.5	6.0
	0	30.3	20.6	48.5	6.0
23. ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีความหมาย					
24. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	0	0	12.7	14.5	72.7
25. ผู้ดูแลผู้ป่วยพอใจในชีวิตทางเพศของตนเอง	0	0	43.6	13.9	42.4
26. ผู้ดูแลผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)	6.0	0	80.6	18.8	0
อยู่ในระดับ Max = 104, Min = 65, = 79.2, SD = 11.7	0	0	85.5	14.5	0

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตาม
แนวทางการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 89.1 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 10.9
ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตาม
แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (n = 165)

คะแนนคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (26 - 64 คะแนน)	-	-
ปานกลาง (65 - 95 คะแนน)	147	89.1
ดี (96 - 130 คะแนน)	18	10.9
รวม	165	100.0

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

37.3 องค์ประกอบด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.2 และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.1 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ (n = 165)

คุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ดูแลผู้ป่วย	ไม่เลย (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	มากที่สุด (ร้อยละ)
1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	23.4	8.0	37.3	14.3	17.3
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ	21.1	12.0	31.5	21.3	14.1
3. องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.6	4.0	21.5	33.2	31.7
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	3.7	11.3	39.1	38.6	7.3

3. ผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแล ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์ของการดูแล หรือคะแนน POS เมื่อนำมา

วิเคราะห์โดย สถิติอนุमान Dependent t – test พบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลก่อน และหลังการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ POS ก่อนและหลังการดูแล (n = 165)

ผลลัพธ์ของการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	\bar{X}	SD	t	P
ผลลัพธ์ก่อนการดูแล	8.4	5.4	12.001	0.000*
ผลลัพธ์หลังการดูแล	4.1	2.5		

*p < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี ประกอบด้วย มี 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 1 และไม่ปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 0 จากการศึกษาพบว่า การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการประเมิน PPS Score เพื่อจำแนกระยะความเจ็บป่วย ถูกต้องตามเกณฑ์ แรกเริ่ม มีการประเมิน PPS Score ซ้ำระหว่างรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ถูกต้องตามเกณฑ์ต่อเนื่อง มีการประเมิน PPS Score ซ้ำก่อนการ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถูกต้องตามเกณฑ์ มีการประเมิน ESAS ครอบครัวปัญหาแรกเริ่ม มีการประเมิน ESAS ซ้ำ ครอบครัวปัญหาต่อเนื่อง/เมื่อผู้ป่วยมีอาการ มีการประเมิน ESAS ซ้ำครอบครัวปัญหาที่กำหนด มีการประเมิน POS แรกเริ่ม ตามแนวทางการดูแลที่กำหนด มีการประเมินและการจัดการความปวด ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะตามแนวทางการดูแลที่กำหนด ร้อยละ 94.1 มีการประเมิน POS ตามแนวทางการดูแลที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง มีการประเมิน POS แรกเริ่ม ต่อเนื่อง และก่อนจำหน่าย ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำแนกตามการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี

ข้อ	รายการประเมิน	การปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด	204	100	0	0
2	มีการประเมิน PPS Score เพื่อจำแนกระยะความเจ็บป่วย ถูกต้องตามเกณฑ์ แกร็บ	204	100	0	0
3	มีการประเมิน PPS Score ซ้ำระหว่างรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ถูกต้องตามเกณฑ์ ต่อเนื่อง	204	100	0	0
4	มีการประเมิน PPS Score ซ้ำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถูกต้องตามเกณฑ์	204	100	0	0
5	มีการประเมิน ESAS ครอบคลุมปัญหาแกร็บ	204	100	0	0
6	มีการประเมิน ESAS ซ้ำครอบคลุมปัญหาต่อเนื่อง/เมื่อผู้ป่วยมีอาการ	204	100	0	0
7	มีการประเมิน ESAS ซ้ำครอบคลุมปัญหาก่อนจำหน่าย	204	100	0	0
8	มีการทำ Family Meeting	164	80.4	40	19.6
9	ให้การปฏิบัติตามวิธีการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะตามแนวทางการดูแลที่กำหนด	192	90.1	12	5.9
10	มีการประเมิน POS แกร็บ ตามแนวทางการดูแลที่กำหนด	204	100	0	0
11	มีการประเมิน POS ตามแนวทางการดูแลที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง	170	83.3	34	16.7
12	มีการประเมิน POS ก่อนจำหน่าย	170	83.3	34	16.7
13	มีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย	152	74.5	52	25.5
14	การบันทึกเวชระเบียน ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์	62	30.4	142	69.6
15	มีประเมินและการจัดการความปวด	204	100	0	0

วิจารณ์

ผู้วิจัยวิจารณ์ผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ จากการศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการประเมิน PPS Score เพื่อจำแนกระยะความเจ็บป่วยถูกต้องตามเกณฑ์แกร็บ มีการประเมิน PPS Score ซ้ำระหว่างรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลถูกต้องตามเกณฑ์ต่อเนื่อง มีการประเมิน PPS Score ซ้ำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถูกต้องตามเกณฑ์ มีการประเมินอาการรบกวน (Edmonton symptoms assessment system: ESAS) ครอบคลุมปัญหาแกร็บ มีการประเมิน ESAS ซ้ำครอบคลุมปัญหาต่อเนื่อง/เมื่อผู้ป่วยมีอาการ มีการประเมิน ESAS ซ้ำครอบคลุม

ปัญหาก่อนจำหน่าย มีการประเมิน POS แกร็บตามแนวทางการดูแลที่กำหนด และมีประเมินและการจัดการความปวด ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์⁹ พบว่า ในระยะแรกของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในระยะแรกของการพัฒนาและการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นช่วงที่ต้องสร้างความเข้าใจในคู่มือและแนวทางปฏิบัติ การดำเนินการพัฒนาาร่วมกัน จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นมิติใหม่ที่ทำทาบบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน ประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่างๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีม

สุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ Palliative care เป็นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่รู้ผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์¹⁰ จะเห็นวาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งพัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย คู่มือการดูแลแบบประคับประคอง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่าย จากผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะตามแนวทางการดูแลที่กำหนด ร้อยละ 94.1 มีการประเมิน POS ต่อเนื่อง และก่อนจำหน่าย ร้อยละ 83.3 มีการทำ Family Meeting ร้อยละ 80.4 ด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น มีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ร้อยละ 74.5¹¹ และถึงแม้ว่าจะมีการบันทึกเวชระเบียนถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เพียงร้อยละ 30.4 ก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการรับรู้อะบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสร้างกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสมรรถนะและการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป¹²

การศึกษาคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลของผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน มีหลากหลายมิติ เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทั้งในช่วงเวลาปกติ และในช่วงเวลาเจ็บป่วย ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ การศึกษาคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้นจากการวิจัยนี้ พบว่า เมื่อพิจารณารายชื่อในเรื่องที่ผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความหมายมากที่สุด ร้อยละ 72.7 แต่มาพิจารณาผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้อยู่ดูแลทั้งหมดแล้ว พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 89.1 ทั้งนี้เนื่องจาก การประเมินคุณภาพชีวิตโดยกำหนดระยะเวลาอย่างชัดเจน คือ เวลาที่ถูกประเมิน ใน

การวิจัยนี้การประเมินผู้อยู่ดูแลนั้นประเมินในขณะที่ผู้อยู่ดูแลอยู่ในช่วงเวลาของการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยของตนเองอยู่ ทำให้มีความรู้สึกถึงว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังพอมีความหมายอยู่บ้าง และอาจเนื่องจากผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเหล่านี้มีความเชื่อมั่นสูงในความสามารถการทำการกิจกรรมในบทบาทของตนในการให้การดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้อยู่ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองรวมทั้งการร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้มีเครือข่ายที่ช่วยเหลือกันในชุมชน ผู้อยู่ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้อยู่ดูแล¹³

ส่วนจากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้อยู่ดูแลเองสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 42.4 จึงกล่าวได้ว่าอาจเกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม ณ เวลานั้นที่ต้องคอยเฝ้าดูแลอาการผู้ป่วยของตนเองและไม่สามารถทำกิจวัตรของตนเองอย่างที่ตนเองเคยทำหรือที่ตนเองพอใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Royuela และคณะ¹⁴ ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ถูกวัด ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งแต่ละคนย่อมมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละระดับขึ้นอยู่กับเป้าหมายของแต่ละบุคคลที่มีความพึงพอใจในระดับต่างกัน ดังนั้น ในผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้อยู่ดูแลที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้อยู่ดูแลต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยนานมากในแต่ละวัน ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้อยู่ดูแลลดลง¹⁴ และอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้อยู่ดูแลได้ โดยจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่าผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งพึงพอใจต่อสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกายในระดับปานกลาง 2) ด้านจิตใจในระดับปานกลาง 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมในระดับมาก และ 4) ด้านสภาพแวดล้อมในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้อยู่ดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นเวลานานอาจเกิดปัญหาสุขภาพได้¹⁵

นอกจากนี้ยังพบว่า มีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.3 องค์ประกอบด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.3 และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.1 สอดคล้องกับแนวคิดของ Calman¹⁶ ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพ

ชีวิตควรเป็นการวัดในด้านอัตวิสัย หรือการประเมินตนเอง ซึ่งครอบคลุมมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม ปัญญา และเพื่อให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิต ควรนำการวัดในด้านภาวะวิสัย มาใช้ร่วมกันในการวัดคุณภาพชีวิตในกรณีที่มีการวัดเชิงอัตวิสัย หรือการรับรู้ ไม่สามารถดำเนินการวัดคุณภาพชีวิตได้อย่างครบถ้วน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ดี สอดคล้องกับการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่⁷ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในที่ครอบคลุมประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับอาการรบกวนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว โดยถามผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการรบกวน ปัญหา/ความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพสามารถค้นหามุมมองต่างของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการสนทนาปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมที่ลดลง หมายถึง ผู้ดูแลมองเห็นว่าผู้ป่วยที่ตนดูแลได้รับการดูแลจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานจนทำให้ความต้องการในการดูแลลดลง ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเปรียบเทียบตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลกับผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) สามารถนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้และมุมมองของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยได้โดยที่ให้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ยังไม่ครอบคลุม ทั้ง 4 องค์ประกอบของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต จึงควรมีการจัดอบรมเชิงลึกที่มีเนื้อหาเข้มข้นในเรื่องการใช้แนวทางให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ โดยเน้นถึงให้มีการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
2. รมรณรงค์ให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการใช้แนวทางการปฏิบัติ นับว่ามีความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และมีผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้น จึงเห็นว่า ควรมี

การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการประเมินทุก 6 เดือน และรายงานทุก 1 ปี

3. ส่งเสริม อบรม และทบทวนความรู้ และความตระหนักให้กับพยาบาลในการใช้แนวทางการปฏิบัติดูแลในผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ครอบคลุม และมีความสม่ำเสมอ โดยการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทุกเดือน

เอกสารอ้างอิง

1. Oliver JP, Bridges K, Huxley PJ, Mohamad H. Quality of life and mental health services. London: Routledge; 1996.
2. Pretzels, Polka and the pursuit of happiness. Psychology today: the pursuit of happiness. ACBS World conference 17 - Dublin, Ireland; 2009: 25-30.
3. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. 1997 [cited 2018 January 23]. Available from: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
4. วารุณี มีเจริญ. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2014; 20(1): 10-22.
5. Effendy C, Vernooij-Dassen M, Setiyarini S, Kristani MS, Tejawinata S, Vissers K, et al. Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. Psychooncology 2015; 24: 585-91.
6. สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. ความพึงพอใจจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะในระยะลุกลามในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(1): 16-27.
7. ปณิตดา สุวรรณ, ลดารัตน์ สาภินันท์, ธนพัฒน์ ไชยป้อ, ตูลา วงศ์ปาลี, วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์, เรไร พงศ์สถาพร. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร 2560; 44(2): 88-103.
8. Hearn J, Higginson IJ. The palliative care outcome scale (POS) consists of a 10-point questionnaire for both staff and patients [Internet]. 1999 [cited

- 2018 January 23]. Available from: <https://books.google.co.th/books?isbn=0702028169>
9. สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2552; 27: 21-32.
 10. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
 11. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, ยุพยงค์ พุฒธรรม. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23(1): 80-90.
 12. ปทิตตา นึกเวิน, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, ธิราภรณ์ จันทร์ดา. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2559; 27(1): 128-41.
 13. พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์, พรศิริ พันธลี, กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารวิจัย มสค 2554; 4(1): 39-52.
 14. Royuela V, López-Tamayo J, Suriñach J. The institutional V.S. the academic definition of the quality of work Life: what is the focus of the european commission? RG Journal 2007; 86(3): 401-15.
 15. วรณกานต์ ประไพธิ์ทั้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์, ภาณุอดกกลิ่น. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2559; 41(6): 126-31.
 16. Calman KC. Quality of life in cancer patients—an hypothesis. J Med Ethics [Internet]. 1984 Sep [cited 2018 January 23]; 10(3): 124-7. Available from: <https://blogs.bmj.com/ebn/2014/01/27/quality-of-life-and-health-related-quality-of-life-is-there-a-difference/>
-