

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพระพุทธบาท

เพ็ญศรี จาบประไพ พย.ม. (บริหารการพยาบาล)*

บุญสืบ โสโสม ปร.ด. (พยาบาล)**

สุนันทา เตโช พย.บ.*

* กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท อ.พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

วันรับ:	2 มิ.ย. 2563
วันแก้ไข:	21 ม.ค. 2564
วันตอบรับ:	1 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ไร้รอยต่อ ของเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท ศึกษาระหว่าง กรกฎาคม 2562 – เมษายน 2563 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 41 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 31 คน และผู้ดูแลหลัก 31 คน ระยะที่ 1 ของการศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระยะที่ 2 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข และสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) การวางแผนการดูแล (2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวมโดยใช้แนวคิด LIFESS (3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิตร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ในเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย POS ก่อนการดูแลกับวันที่ 5 ที่ได้รับการดูแลพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีต่อรูปแบบบริการอยู่ในระดับมาก (Mean=4.17, SD=2.11 และ Mean=4.14, SD=0.007 ตามลำดับ) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การทำงานเป็นทีม ความมุ่งมั่น และความเข้มแข็งของเครือข่าย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย; รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง; ทีมสหสาขาวิชาชีพ, การดูแลแบบไร้รอยต่อ

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าการเป็นโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก โดยพบว่าในการเสียชีวิต 6 คนจะเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน⁽¹⁾ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการทำงาน และปัญหาด้านการเงินของครอบครัวตามมา⁽²⁾ การดูแลที่สำคัญในระยะสุดท้ายคือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะทำได้โดยมุ่งเน้นที่การระงับหรือลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการแสดงต่างๆ อันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ⁽³⁾

โรงพยาบาลพระพุทธรบาท เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 315 เตียง ได้จัดทำคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับการรักษาระหว่าง พ.ศ. 2559 - 2561 จำนวน 148, 294 และ 307 คน ตามลำดับ มะเร็งที่พบบ่อยคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากระยะเวลาของการนอนป่วยที่โรงพยาบาลมีจำนวนวันนอนที่สูงขึ้นตามจำนวนของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลจึงดำเนินการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ข้อมูลเบื้องต้นจากผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพียงร้อยละ 38.76 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านใน

วาระสุดท้ายได้ พยาบาลในหอผู้ป่วยไม่มั่นใจในการให้การดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่มีระบบการประสานงานกับเครือข่ายที่ดีที่เป็นระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลที่บ้าน (home ward) ตามนโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ โดยพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้วยการส่งพยาบาลวิชาชีพ 6 คน ที่ให้บริการสุขภาพ ณ หอผู้ป่วยพิเศษ อายุรกรรม นรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤติเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care ward nurse: PCWN) โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อที่บ้าน ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาที่ผ่านมา^(4,5) พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลพระพุทธรบาท อีกทั้งยังมีองค์ความรู้สนับสนุนว่าการสนับสนุนการดูแลที่ให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธรบาท และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลได้แก่ (1) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (2) ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ (3) ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้น จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ไร้รอยต่อ

วิธีการศึกษา

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเมษายน 2563 โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วย

ผู้ใหญ่จากสถาบัน National Institute of Health and Care Excellence (2019)⁽⁶⁾ ประกอบด้วย

- 1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care planning)
- 2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care) โดยใช้แนวคิด LIFESS⁽⁷⁾
- 3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต (the last day of life care)

ผู้ให้ข้อมูลวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ 41 คน ที่เป็น ผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 คน และแพทย์ 1 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษ อายุรกรรม สูตินรีเวชกรรม และหอผู้ป่วย-หนัก 30 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คน

2. ผู้ร่วมกิจกรรม คือ ผู้รับบริการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่วางแผนให้การดูแลแบบประคับประคอง เลือกแบบ accidental sampling จากหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2563 จำนวน 31 คน เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางสมองที่ส่งผลต่อความคิด การรับรู้ และการประเมินอาการตนเอง ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

2) ครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย เลือกแบบ Accidental sampling ดูแลผู้ป่วยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2563 จำนวน 31คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ (1) คณะนักวิจัยที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพมาก่อน⁽⁸⁾ (2) แนวคำถามการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มผู้ให้บริการ เกี่ยวกับ

ความรู้ ความเข้าใจ การประสานงาน การส่งต่อ ปัญหาอุปสรรค รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ต้องการ และ (3) แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ตั้งแต่แรกรับจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สำหรับผู้ป่วย) มีคำถาม 10 ข้อ คะแนน 0 - 4 คะแนน ที่ลดลงหลังการดูแล แสดงว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น⁽⁵⁾ ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

2) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง⁽⁹⁾ มี 9 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.76

3) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ⁽⁹⁾ มี 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 โดยค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 คือ พึงพอใจมากที่สุด 3.51 - 4.50 พึงพอใจมาก 2.51-3.50 พึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50 พึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 พึงพอใจน้อยที่สุด⁽¹¹⁾

วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะที่ 1 และ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ และจัดทำรูปแบบการดูแล ศึกษาระหว่างกรกฎาคม - ตุลาคม 2562 ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ และการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ไร้รอยต่อ เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ (1) สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ 1 คน (2) สนทนากลุ่มกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง 3 กลุ่มๆ ละ 11 -12 คน โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม (3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ร่วมกิจกรรมวิจัย เพื่อตรวจสอบรูปแบบการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยชายเป็นมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ 1 ราย อายุ 48 ปี ผู้ป่วยชายเป็นมะเร็งตับ 1 ราย อายุ 61 ปี ผู้ป่วยหญิงเป็นมะเร็งปากมดลูก 1 ราย อายุ 54 ปี ผู้ดูแลเป็นบุตร 2 ราย เป็นภรรยา 1 ราย (4) รังรูปแบบการดูแลโดยศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^(1,5,6,12) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความเห็นร่างรูปแบบการดูแล คณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ความเห็นการนำรูปแบบการดูแลไปใช้ได้แก่ การดูแล 3 ระยะ คือ การวางแผนการดูแล (advance care plan) การดูแลระดับ-ประคองแบบองค์รวมโดยใช้แนวคิด LIFESS⁽⁷⁾ และการจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต โดยมีการเพิ่มเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ จากเดิมให้ญาติผู้ป่วยตัดสินใจฝ่ายเดียว

2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ โดยนำรูปแบบการดูแลที่ปรับตามที่ผู้ร่วมวิจัยให้ความเห็นไปใช้ ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 – มีนาคม 2563 ดังนี้

วงจรถิ่นที่ 1 นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 3 ราย ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม เก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม (field notes) ผลการทดลองได้แนวปฏิบัติ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การวางแผนการดูแล ปรับการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อร่วมตัดสินใจที่อยู่ในการจัดการดูแลวันสุดท้ายมาไว้ในขั้นวางแผนการดูแล (2) การดูแลระดับ-ประคองแบบองค์รวม นำแนวปฏิบัติเรื่องการดูแลรายบุคคล การติดตามและทบทวนอาการเปลี่ยนแปลง และการจัดการอาการที่อยู่ในระยะการดูแลในวันสุดท้ายมาใส่ระยะนี้ด้วย และ (3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลสำคัญในวันสุดท้ายของชีวิต การดูแลรายบุคคล การติดตามและทบทวนอาการเปลี่ยนแปลง การจัดการอาการ และการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด ตามลำดับ

วงจรถิ่นที่ 2 นำรูปแบบของการให้บริการ 3 แนวปฏิบัติที่ได้จากวงจรถิ่นที่ 1 ไปทำความเข้าใจกับเครือข่ายโรง-

พยาบาลพระพุทธรบาทเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยฝึกอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะกับพยาบาล ผู้ดูแลแกนนำชุมชน อสม. 110 คน คณะผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนามในระหว่างการฝึกอบรม ผลดีของการฝึกอบรม คือ ได้ช่องทางการสื่อสารเพื่อส่งต่อเป็นการสื่อสารสองทาง ระหว่างโรงพยาบาลพระพุทธรบาทกับเครือข่ายผ่านระบบศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care: CoC) เพื่อได้เรียนรู้ร่วมกันในเครือข่ายชัดเจนขึ้น

วงจรถิ่นที่ 3 นำรูปแบบบริการ 3 แนวปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้ป่วย 31 คน ที่รับบริการในโรงพยาบาลพระพุทธรบาทและติดตามเยี่ยมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาซับซ้อนที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะผู้วิจัยทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม ผลที่ได้ คือ ผู้ป่วย 14 ราย ได้รับการส่งต่อในเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องไว้รอยต่อที่บ้าน (home ward) ผ่านระบบ CoC และทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 2 ราย

3. ระยะประเมินผล การประเมินผลการใช้รูปแบบเก็บข้อมูลจาก

1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 31 คน ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบระดับ-ประคอง (สำหรับผู้ป่วย) โดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เมื่อแรกรับ และครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการดูแลวันที่ 5

2) ผู้ดูแล 31 คน ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบระดับ-ประคอง โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อกลับไปดูแลที่บ้าน (home ward) 14 คน และดูแลที่โรงพยาบาล 17 คน

3) ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ 41 คน โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบระดับ-ประคองไว้รอยต่อเมื่อสิ้นสุดโครงการ (เมษายน 2563)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content

analysis) ระยะที่ 1 และ 2 ของการวิจัย โดยวิเคราะห์ร่วมกับบรรณกรรมที่ศึกษา^(1,5,6,12) และผู้ร่วมวิจัยกับผู้ร่วมกิจกรรมให้ความเห็นต่อรูปแบบ ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ในการวิจัยระยะที่ 3 ประกอบด้วย

1) วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ และความพึงพอใจของครอบครัว ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนการดูแล กับวันที่ 5 ที่ได้รับการดูแล ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท หมายเลข EC016/62 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562 ถึง 19 มิถุนายน 2563

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยมีดังนี้

1. ผู้ให้บริการสุขภาพ 41 คน ได้แก่ แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คน โดยมีพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 87.8 เป็นผู้หญิง 39 คน คิดเป็นร้อยละ 95.1 อายุ 26-57 ปี อายุเฉลี่ย 42.1 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะเวลา 1-2 ปี ร้อยละ 48.8

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 31 คน เพศหญิง ร้อยละ 67.74 อายุเฉลี่ย 57.13 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.77 เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ 51.61 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.97 มะเร็งที่พบได้แก่ มะเร็งรังไข่/ช่องคลอด/ปากมดลูก ร้อยละ 25.81 มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ

22.58 และมะเร็งปอดร้อยละ 16.13 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบการวินิจฉัยและระยะของโรค

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 31 คน เป็นเพศหญิง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 อายุเฉลี่ย 40.3 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.14 ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 48.57 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 65.7

ส่วนที่ 2 จากผลการดำเนินการตามวงจรที่เสนอในการวิจัยระยะที่ 2 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ เครือข่ายโรงพยาบาล พระพุทธบาท ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการให้บริการ 3 ระยะ เริ่มตั้งแต่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการดูแล ดังนี้

1. การวางแผนการดูแล โดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Palliative care ward nurses: PCWN) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อน เมื่อพร้อมจึงดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ (1) การให้ข้อมูล (2) การช่วยตัดสินใจ ด้วยการบอกเป้าหมายให้ทางเลือก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และ (3) การพัฒนาแผนการดูแลร่วมกัน ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม พิจารณาโอกาสของครอบครัว สังคม ความเชื่อ โดยใช้หลักการที่สำคัญ คือ การปกป้องสิทธิผู้ป่วย จากนั้นมีการเซ็นยินยอมเข้าระบบบริการ (inform consent) และกำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ผู้ป่วยมอบหมายให้คนในครอบครัวที่ผู้ป่วยไว้วางใจที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาผู้ป่วย งดการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือยื้อชีวิต การงดใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ การงดช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (good death)

2. การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด “LIFESS” ได้แก่ (1) กำหนดพินัยกรรมชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและ

ครอบครัว (5) จัดการความไม่สบาย อาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) เป็นที่พึงของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงที่เจ็บป่วย พยาบาล PCWN วางแผนการจำหน่ายและประสานงานเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนหรือครอบครัวดูแลที่บ้าน

3. การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต (The last day of life) มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย อาการในช่วงสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ อาการอ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น ลดการกินอาหารและการดื่มน้ำลง การหายใจสั้นลง และหยุดเป็นพัก ๆ เสียงครืดคราดจากสารคัดหลั่งในปาก ลำคอ และริมฝีปากแห้ง

3.2 การให้การดูแลรายบุคคล (Individualized care) เพื่อตอบสนองผู้ป่วยเฉพาะรายตามที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงของตนเองไว้ เช่น การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยพยาบาลเจ้าของไข้ประสานกับพยาบาล PCWN และทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้

3.3 การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (Monitor and review) โดยพยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมิน ESAS ติดตามทุก 1 - 2 ครั้ง/วัน จากนั้นปรับกิจกรรมการพยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวัน

3.4 การจัดการอาการ (Managing symptom) โดยพยาบาลเจ้าของไข้ ดำเนินการดูแลลดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ให้อาบน้ำความเย็นปวด การทำกิจกรรมบำบัด เช่น การทำ Body scan meditation, Relaxation massage, comfort care การให้คำปรึกษา การคิดเชิงบวก เป็นต้น

3.5 การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุดตามวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ตั้งแต่ระยะแรก

ทั้งนี้ภายใต้การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้เป็นบริการแบบไร้-

รอยต่อ ได้กำหนดให้มีศูนย์การดูแลต่อเนื่องแบบระดับ-ประคอง (center of seamless palliative care: CSPC) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สนับสนุนอุปกรณ์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลเครือข่ายผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care: CoC) เพื่อเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง มีทีมการดูแลแบบระดับ-ประคองไร้รอยต่อของโรงพยาบาลพระพุทธบาทร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ เครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท ดังภาพที่ 1

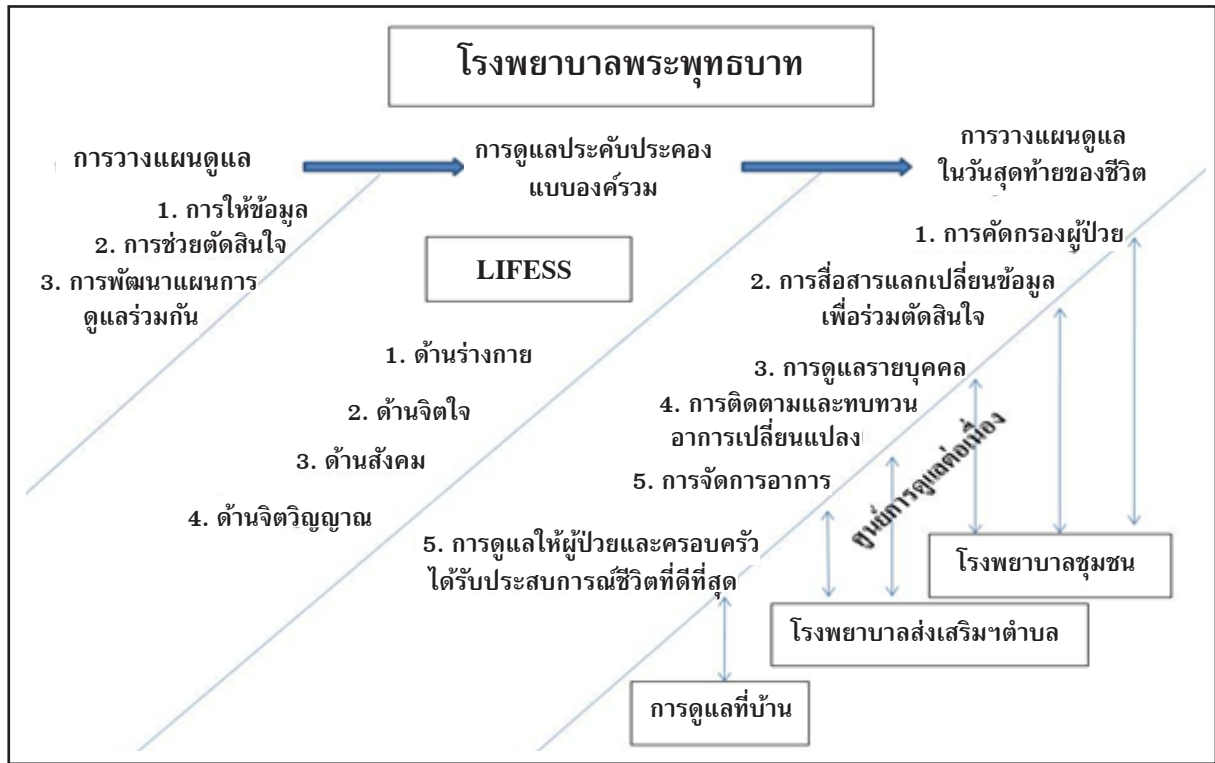
ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท ผลการศึกษามีดังนี้

เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแล และวันที่ 5 หลังได้รับการดูแลพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อลดลง แสดงว่าผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 1

2. ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.14, SD=0.007) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Mean=4.51, SD=0.65) และการได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณี ความเชื่อทางศาสนา (Mean=4.46, SD=0.78) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับโอกาสเล่า/บรรยายความในใจ หรือซักถามกับแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล (Mean=3.14, SD=1.14) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลที่บ้านจำนวน 14 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ=33.9 (SD=1.85) และที่โรงพยาบาล 17 คน ค่าเฉลี่ย 33.0

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อ

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ เครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท



ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนดูแล และวันที่ 5 หลังได้รับการดูแล (N=31)

ปัญหาและความต้องการ	แรกรับ Mean±SD	วันที่ 5 หลังดูแล Mean±SD	Z	p-value
1. อาการปวด	3.03±0.836	2.58±0.620	-2.735	0.006
2. อาการรบกวนอื่น	3.06±0.359	2.53±0.486	-4.119	<0.01
3. ความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วย/การรักษา	2.84±0.454	2.23±0.425	-4.359	<0.01
4. ความวิตกกังวลของครอบครัว	2.71±0.461	1.94±0.512	-4.347	<0.01
5. การได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยและการดูแล	2.10±0.539	1.32±0.599	-4.179	<0.01
6. การได้ระบายความรู้สึก	2.52±0.508	1.68±0.702	-3.839	<0.01
7. ความรู้สึกซึมเศร้า	3.03±0.657	1.97±0.407	-4.332	<0.01
8. รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า	2.48±0.570	1.68±0.541	-3.852	<0.01
9. การเสียเวลาในการดูแลรักษา	3.23±0.990	1.35±0.950	-4.420	<0.01
10. การได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา	2.97±1.016	1.61±1.202	-4.379	<0.01
โดยรวม	2.79±0.344	1.87±0.420	-2.803	0.005

p<0.05 (Wilcoxon Signed Ranks test)

(SD=2.23) พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกัน (p>0.05)

3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้มีการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Mean=4.68, SD=0.47) รองลงมาคือ การใช้แบบประเมินในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล (Mean=4.66, SD=0.48) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง (Mean=3.73, SD=0.44)

วิจารณ์

ข้อค้นพบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท พบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. การวางแผนการดูแล มีขั้นตอนดำเนินการสอดคล้องกับองค์ความรู้ที่มีอยู่^(4,12) โดยเริ่มต้นเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย และต้องการการดูแลแบบประคับประคองก่อน แพทย์จะเป็นผู้แจ้งกับผู้ป่วยและญาติ จากนั้นพยาบาลเจ้าของไข้ (PCWN) จึงสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล แนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์^(4,6) ที่เป็นบริการที่สหสาขาวิชาชีพดำเนินการร่วมกัน โดยทำในระบอบที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี ให้คนในครอบครัวช่วยตัดสินใจ โดยยึดหลักความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ได้ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วจึงทำให้มีความมั่นใจในการวางแผนการดูแล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ที่สื่อสารยังไม่มีความมั่นใจ⁽¹³⁾

2. การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่มีความซับซ้อนมากเท่านั้นที่ทีมของโรงพยาบาลพระพุทธบาท ติดตามเยี่ยมบ้าน ทุกกลุ่มยังคงใช้แนวปฏิบัติการดูแลรายบุคคล การติดตามและทบทวน

อาการเปลี่ยนแปลง และการจัดการอาการ และการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด โดยมีผู้ประสานงานการดูแลแบบองค์รวมทั้งหมดซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ ดังนั้นควรฝึกอบรมให้สามารถทำบทบาทนี้ให้มีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾

3. การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษานี้มีความโดดเด่นในด้านการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาใช้⁽⁶⁾ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่านการมีศูนย์การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองไว้รอยต่อที่เชื่อมบริการสุขภาพสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยที่รักษาไว้ในโรงพยาบาล ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าบริการที่บ้านที่เรียกว่า Home ward นั้นมาตรฐานบริการไม่แตกต่างกัน ดังผลเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลที่บ้านกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับหลักฐานเชิงประจักษ์⁽⁶⁾ สิ่งที่น่าสนใจน้อยมากคือ การดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจให้กับญาติ การให้กำลังใจพยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สำหรับโครงสร้างของทีมนสหสาขาวิชาชีพพบว่า การศึกษานี้รูปแบบการดูแลไม่มีพยาบาลที่เป็น Palliative Care Nurse มีเพียง PCWN ที่ให้บริการ และพัฒนาการให้บริการแบบไว้รอยต่อด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้กับทีมพยาบาล อสม. อปท. ที่อยู่ในชุมชนโดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่เป็นที่ปรึกษาให้คุณภาพของการให้บริการที่บ้านได้คุณภาพไม่แตกต่างกัน ในขณะที่การศึกษาของวาสนา สวัสดิ์สินธุนาท และคณะ⁽¹²⁾ ที่มีพยาบาลเฉพาะทางทำหน้าที่ Nurse case manager เพื่อให้การประสานการดูแลทั้งในโรงพยาบาล และการส่งต่อในเครือข่าย นอกจากนี้การนำรูปแบบไปใช้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่

1) ด้านผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกาย จิตใจ ผลการศึกษานี้พบว่ารูปแบบการดูแลนี้ได้ใช้ไปตามแนวปฏิบัติ 22 ราย (ร้อยละ 70.97) ร่วมกับ

การบำบัดทางการพยาบาล 25 ราย (ร้อยละ 80.65) ได้แก่ การทำ Body scan meditation เป็นการลดความเครียด ด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) รวมทั้งการทำ Relaxation massage ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังที่มีงานวิจัยที่ใช้แพทย์แผนไทยร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผลทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁴⁾

2) ด้านการทำ Family meeting และ Advance care plan พบว่าผู้ป่วยและญาติได้รับบริการ 22 ราย (ร้อยละ 70.97) ทำให้ครอบครัวเข้าใจ และยอมรับความเป็นไปตามธรรมชาติของชีวิต ร่วมวางแผนการดูแลร่วมกันจนถึงวาระสุดท้าย ความวิตกกังวลและภาวะเครียดของครอบครัวลดลง ผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับคุณค่าชีวิตที่เหลือ ช่วยป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการหรือไม่เกิดประโยชน์ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา และได้ออบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง⁽¹⁵⁾

3) ด้านการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ ผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 45.16) ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้าน (Home ward) โดยพยาบาล PCWN ทำหน้าที่เป็น Co-ordinator care ในการประสานเพื่อเตรียมผู้ดูแลในพื้นที่ รวมถึงประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านต่างๆ และร่วมดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ข้อสรุปสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไร้รอยต่อ คือการติดต่อประสานงานระหว่างเครือข่ายผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม^(16,17)

สำหรับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS ก่อนดูแลและวันที่ 5 หลังได้รับการดูแล ผลการศึกษาไม่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^(5,10) แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบของบริการดังกล่าวยังมีจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาได้แก่ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมวิจัยได้รับการพัฒนา

โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นการปฏิบัติงานที่เรียนรู้ไปกับการปฏิบัติ แม้มีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการแล้วก็ตามยังไม่มั่นใจ ดังนั้น รูปแบบของบริการนี้จึงมีศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่มี PCWN ทำหน้าที่เป็น Coordinator ผู้ปฏิบัติสามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา

ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไร้รอยต่อครอบครัว พบว่า ข้อที่มีคะแนนน้อยคือ การได้รับโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ หรือซักถามกับแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล จึงเป็นรายชื่อที่ต้องพัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการให้บริการนี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ เพื่อให้รูปแบบการดูแลนี้ยั่งยืน ควรพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพให้ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน (palliative care nurse) หรือ พยาบาล PCWN เพื่อเป็นพยาบาลผู้ประสานงานการให้บริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ และควรฝึกอบรมการสื่อสารเพื่อดูแลครอบครัวและญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการเสริมพลังให้กับพยาบาลเจ้าของใช้ที่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2018 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Luigi G. Bereavement in families with relatives dying of cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007;1(1):43-9.
3. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2014 [cited 2020 May 21]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

4. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาลีกุล, นิภาพร อภิลิทธิ-
วาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเอง
ล่วงหน้าเพื่อการตายดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช-
ชนนี กรุงเทพฯ 2560;33(3):138-45.
5. มัณฑนา จิระกังวาน, ศิริรัตน์ จันตรี. การพัฒนาการดูแลแบบ
ประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไว้-
รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการพยาบาล การ
สาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี-
พะเยา 2561;19(2):70-83.
6. National Institute of Health and Care Excellence. Caring
for an adult at the end of life [Internet]. October 2019
[cited 2020 May 21] Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/>
7. พิมพ์นิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร หักกิต. ทรรศนะ
ของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2558;
30(4):57-71.
8. รัตนาภรณ์ พงษ์ประจักษ์, สุนันทา เตโซ, ชญานิศ ชอบอรุณ-
สิทธิ, บุญสืบ โสโสม. การพัฒนาการให้บริการสุขภาพสตรี
เพื่อการดูแลสุขภาพเด็ตาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ และ
สุขภาพ 2553;33(4):19-27.
9. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale:
POS). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
10. สมจิตร ประภากร, ศุภกริช มั่นน้อย, ศิริพร สวยพริ้ง,
วารภรณ์ พันธุ์อร่าม, อัญชลี สุขขัง, สุจิรา พึ่งเฟื่อง. การพัฒนา
ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่
เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วารสารกอง-
การพยาบาล 2558;42(3):50-68.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพ-
มหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2553.
12. วาสนา สวัสดิ์นฤนาท, อมรพันธุ์ ธาณรัตน์, ธารทิพย์ วิเศษ-
ธาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(1):144-
156.
13. Cheung JTK, Au D, IP AHF, Chan J, Ng K, Cheung L,
et al. Barriers to advance care planning: a qualitative study
of seriously ill Chinese patients and their families. BMC
Palliative Care 2020;19(80):1-9.
14. ปรีชา หนูทิม, ัญญฎิญา คำผล, วาณิ บุญช่วยเหลือ. กระบวน-
การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับ-
ประคองอย่างมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและ
ทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ผสมผสาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2019;
28(5):906-14
15. ปองกมล สุรัตน์. ถอดบทเรียนการประชุม advance care
planning 2019 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2563].
แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/advance-care-planning-2019/>
16. Sekse RJT, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in
palliative care: a qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs
2018;27(1-2):e21-e38.
17. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of pal-
liative care. Asia Pac J Oncol Nurs 2018;5(1):4-8.

Abstract: Development of Palliative Care Model for End Stage Cancer Patients: the Seamless Care of Phraphutthabat Hospital Network

Pensri Jabprapai, M.N.S. (Nursing Administration)*; Boonsurb Sosome, Ph.D. (Nursing); Sununta Tacho, B.N.S. ;***

** Nursing Service Department, Phraphutthabat Hospital, Saraburi Province; ** Boromarajonani College of Nursing, Phraphutthabat, Saraburi Province, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(6):1101-11.

This action research aimed to develop the seamless of palliative care model for the end stage cancer patients in Phraphutthabat Hospital network. Research participants were 41 multidisciplinary persons, 31 end stage cancer patients, and 31 important caregivers. Data from the first stage of study was collected from in-depth interviews, focus group discussions with multidisciplinary team for analysis gap and development care model; and those from the second stage of study by using and revising model. The success model for end stage cancer patients included 3 aspects: (1) advance care plan, (2) holistic care with LIFESS, and (3) the last day of life care collaborating with the Continuity of Care Center in Phraputabat Hospital network. The third stage of study was to evaluate the care model with (1) palliative care outcome scale: POS, (2) caregiver satisfactions inventory, and (3) multidisciplinary team satisfactions inventory. Results of using this model showed that mean score of POS on the fifth day of nursing care were statistically significantly better the before the program ($p < 0.05$). The mean score of caregivers and multidisciplinary team satisfactions were at high level (mean=4.17, SD=2.11; and mean=4.14, SD=0.007, respectively). The findings indicated that this model was advantageous for end stage patients to decrease suffering, particularly the continuing service through community-based care. The key successes were team network, passion, and network strengthening.

Keywords: end stage cancer patients; palliative care model; multidisciplinary team; seamless care