

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน อำเภอกรະทุ่มແນน จังหวัดสมุทรสาคร

สุกัญญา วิริยโกศล พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กัญญาอิรา วงศ์สุวรรณ พย.ม.

โรงพยาบาลกรະทุ่มແນน จังหวัดสมุทรสาคร

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลกรະทุ่มແນนลงสู่เครือข่ายชุมชนในอำเภอกรະทุ่มແນน จังหวัดสมุทรสาคร โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม จำนวน 21 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาจากตึกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อีก 37 ราย รวมทั้งสิ้น 58 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ-เชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลกรະทุ่มແນน มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยอาศัยการใช้ระดับ PPS score เป็นตัวกำหนดในการลงเยี่ยม ใช้แบบ-ประเมินและการบริหารความเจ็บปวดตามแนวทางที่วิสัญญีแพทย์กำหนด ใช้แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบ (good death) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วย เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ผลการนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงตามระดับ PPS score และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการเสียชีวิตอย่างสงบและส่งงานมร้อยละ 96.0 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลจำนวน 26 ราย เสียชีวิตที่บ้านจำนวน 27 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่ไม่เข้าเกณฑ์ good death ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแนวทางบริหารความเจ็บปวดและมีความเจ็บปวดลดลง ร้อยละ 98.2 ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ในระดับมากกว่าร้อยละ 98.0 สรุปว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ทีมสหสาขาและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวผู้ป่วย ญาติและทีมผู้ดูแลเอง ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การเก็บข้อมูลแบบเดียวกัน ทั้งทีมสหสาขาจากในโรงพยาบาลและทีมในพื้นที่ และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปได้

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, การรักษาแบบประคับประคอง

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการตายอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 13.0 ของการตายทั้งหมด รองจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ความตายเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ระบบครอบครัวขาดภาวะสมดุลสร้างความวิตกกังวลให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดซึ่งอาจเกิดปฏิกริยาตอบสนองอย่างรุนแรงได้ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโดยทั่วไปจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต ถึงแม้รูปแบบการรักษาจะเป็นแบบประคับประคองแต่ผู้ป่วยก็ต้องการความหวังที่จะได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมาน เกิดความสงบด้านจิตใจผู้ป่วยจะมีความนิ่บคั้นทางด้านจิตวิญญาณจากความไม่แนนอนของโรค การเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้⁽¹⁾ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมีความวิตกกังวล ห้อแท้ชื้นเคร้า หมดหวังและกลัวตายอย่างโถดเดี่ยว⁽²⁾ ภารกิจดังด้านที่ไม่ได้รับการจัดการก่อนตาย⁽³⁾

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการและการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงในทางเลวร้ายและความสามารถในการทำงานที่ลดลงเรื่อยๆ ล่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁴⁾ อาการที่พบบ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานที่สุด คือความปวด⁽⁵⁾ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วย-มะเร็งระยะสุดท้ายจึงมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและการรับกวนต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว และเลี้ยงดูอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ตามแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงเจตจำนงไว้

โรงพยาบาลกรุงเทพเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียงที่เพิ่งเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป คนไข้ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล สามารถส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) ได้เลย ไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลชุมชน

ก่อนจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับ-ประคอง คณะทำงานตามแผนแม่บท (service plan) ในปี 2557 พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 25 รายที่ทางทีมสหสาขาได้รับบริการ มีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ที่เสียชีวิตที่บ้าน บางรายทางทีมสหสาขาลงเยี่ยมไม่ทันจากการวิเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติงานเดิมพบว่า 医師-เจ้าของไข้ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีทักษะคิดและรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่างกัน จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านร่างกายตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขา วิชาชีพ รวมทั้งระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและการส่งต่อข้อมูลล่าช้า เนื่องจากการเยี่ยมบ้านระบบเดิมจะแบ่งตามเขตความรับผิดชอบของพยาบาลเยี่ยมบ้านที่อยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนการได้รับการเยี่ยม ไม่มีประสานงานที่เป็นศูนย์กลางชัดเจน ทำให้การประสานงานขาดประสิทธิภาพ การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดูแลกลุ่ม-ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงต้องอาศัยการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเข้าใจและเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของภารกิจวินิจฉัยจนถึงระยะท้ายของชีวิต⁽⁶⁾ ด้วยกระบวนการดูแลที่ครอบคลุมดังนี้ทางทีมงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จึงคิดหาแนวทางพัฒนารูปแบบการทำงาน ร่วมกันกับเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วย จึงค้นคว้าหาข้อมูลที่เป็นเครื่องมือที่จะใช้ในการดูแลแบบประคับประคองและเก็บข้อมูลตามบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพแบบทั้งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการติดตามเยี่ยมบ้าน ทางทีมจึงได้ประชุมหารือกัน และได้นำแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับส่วนต่อ⁽⁷⁾ PPS version 2 มาเป็นตัวกำหนดการลงเยี่ยมแทนการลงเยี่ยมแบบเดิมที่ใช้การแบ่งตามเขตความรับผิดชอบของพยาบาล-

เยี่ยมบ้าน และได้ใช้การบริหารความเจ็บปวด ซึ่งจะเป็นอาการที่นำมามีความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตามแนวทางที่วิสัญญีแพทย์ในทีมเป็นคนกำหนดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตภายในได้ความหมายว่าตายดี ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันของผู้ร่วมทีมเงินได้นำแบบประเมินการเสียชีวิตอย่างส่งงาม⁽⁸⁾ มาใช้เพื่อให้เข้าใจตรงกัน ประกอบกับสามารถสื่อให้เห็นการดูแลแบบครบองค์รวมด้วย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มาประเมินผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ-ประคองในผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่นและบริบทของโรงพยาบาล และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชนอำเภอกรุงทุ่มແນน จังหวัดสมุทรสาครระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย การรักษาที่ได้รับเป็นการรักษาแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าพักรักษาตัวในหอ-ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลกรุงทุ่มແນน จำนวน 21 ราย

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ปรึกษาจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกรุงทุ่มແນนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 37 ราย รวม 58 ราย โดยผู้ป่วยและญาติต้องรับทราบผลการวินิจฉัยและสมัครใจการรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และให้ความร่วมมือในการ

วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระดับ PPS และ Pain score
- แบบประเมินระดับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับ-ประคอง ประกอบด้วยแบบประเมินการตายดี (good death) และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1

1.1 ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ศึกษาข้อมูลและแบบประเมินที่จะนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลกรุงทุ่มແນน ใช้และเข้าใจง่ายเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. สามารถใช้ร่วมกันได้ ไม่ยุ่งยาก

1.2 สร้างเครื่องมือ วางแผนการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (PPS score) มาใช้กำหนดการลงเยี่ยมผู้ป่วยแทนการเยี่ยมแบบเดิม (กำหนดตามเขตความรับผิดชอบของพยาบาลเยี่ยมบ้าน) แบบประเมินและการบริหารความเจ็บปวดตาม Clinical Practice Guideline for Cancer Pain สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย 2556 ซึ่งวิสัญญีแพทย์ที่ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบนำมาใช้กำหนดการดูแลและการปวดให้ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถให้ยาแก่ปวดได้เองในผู้ป่วยที่ pain score น้อยกว่า 7 ตาม guideline นำแบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและส่งงาม (good death) และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วย มาเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ได้

พัฒนาขึ้นและนำมาใช้ ระยะที่ 2

2.1 นำรูปแบบที่พัฒนาและแนวทางปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ โดยชี้แจงในองค์กรแพทย์ขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ถ้าเป็นผู้ป่วยในให้เขียนใบปรึกษาทีม-สหสาขา ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกให้เขียนในบัตรตรวจ ทั้งสองส่วนให้ประสานมาที่พยาบาลผู้ประสานงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ชี้แจงเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถึงวิธีการประเมินแบบประเมินต่างๆ ให้เข้าใจตรงกัน แบบง่ายๆ

2.2 คัดเลือกผู้ป่วยที่มีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกรายที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วย ตั้งแต่กรมดึงดันวันเดือน พ.ศ. 2558 โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานงานจะเป็นคนเก็บและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การปฏิบัติจริงและรวบรวมข้อมูล

3.1 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยผู้ป่วยในที่ได้รับใบปรึกษาทางตึกผู้ป่วย พยาบาลผู้ประสานงานจะแจ้งทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศัลยแพทย์ผู้ดูแลโครงการ) 医师 เจ้าของไข้ พยาบาลตึกที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้ประสานงานจะบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประเมิน PPS score ประเมิน pain score ถ้าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 7 จะปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อปรับยาแก้ปวดตาม guideline ทีมผู้ดูแลจะนัดคุยกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพร้อมกัน (family meeting) เพื่ออธิบายถึงแผนการรักษาและเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านตามความต้องการของญาติและผู้ป่วยผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับบ้าน พยาบาลผู้ประสานงานจะแจ้งทีมเยี่ยมบ้าน (ทางไลน์กลุ่ม) หรือทางโทรศัพท์ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นั้นๆ เพื่อจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงลม หรือแม่เต้แผ่นอนามัย (แพมเพร์ส) ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์กลับบ้านจะ

ได้รับการดูแลโดยทีมอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

3.2 ผู้ป่วยที่ได้รับปรึกษาจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกและจาก รพ.สต. พยาบาลผู้ประสานงานจะแจ้งทีมเพื่อเตรียมลงเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมในพื้นที่ โดยเรียงลำดับผู้ป่วยที่จะลงเยี่ยมตามระดับ PPS score ผู้ป่วยที่ PPS <40% ทางทีมเยี่ยมบ้านชุดสหสาขาจะลงเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ PPS 40-60 ทีมจะลงเยี่ยมและทาง รพ.สต. จะติดตามเยี่ยมต่อ ทุก 1 เดือน ผู้ป่วย PPS>60 จะติดตามเยี่ยมทุก 3 เดือน และบันทึกข้อมูลส่งต่อให้พยาบาลผู้ประสานงาน

3.3 ก่อนลงเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาจะประชุมวางแผนร่วมกัน โดยจะแบ่งหน้าที่กันระหว่างลงเยี่ยม โดยแพทย์จะดูแลทางกายให้ผู้ป่วย เช่น ทำแผลถ้ามีแผลกดทับ เจาะห้องถ่าย ascites รุนแรง ปรับยาแก้ปวดตาม pain score และคุยกับญาติผู้ป่วย พยาบาลผู้ประสานงานจะคุยกับผู้ป่วย สอนสมาร์ทบაด ให้กำลังใจและพยายามค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่อยากรำในวาระสุดท้าย นักกายภาพช่วยทำการบ้าน ล้วน หม่องฟังเข็มกช่วยในคนที่มีอาการปวด พยาบาลเยี่ยมบ้านและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ก็จะนัดแนะนำญาติและผู้ป่วยในการมาเยี่ยมต่อเนื่อง และช่องทางในการติดต่อหากมีอาการผิดปกติ หรือต้องการความช่วยเหลือ โดยจะทำการประชุมทุกวันอังคารที่ 2 และ 4 ของสัปดาห์ และออกเยี่ยมบ้านในวันศุกร์สัปดาห์เดียวกัน

ระยะที่ 4 การรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

พยาบาลผู้ประสานงานจะเป็นผู้บันทึกและรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นก็นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และประเมินผลต่อไป

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย⁽⁹⁾

- แพทย์ ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ที่ชำนาญในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับชนิดของการป่วย ไข้ของผู้ป่วยราย

นั้นๆ ในการวิจัยนี้เป็นศัลยแพทย์ที่ดูแลโครงการและร่วมทีมในการเยี่ยมบ้าน

2. พยาบาล การวิจัยนี้เป็นพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประสานงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง และพยาบาลกลุ่มเวชกรรมสังคมที่ออกเยี่ยมบ้าน

3. บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวะบำบัด นักจิตวิทยา เกล็ชกร โภชนากร ฯลฯ

4. อาสาสมัคร เป็นจิตอาสาที่ร่วมดูแลผู้ป่วยและ caregiver ที่ผ่านการอบรม

5. ผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่หลากหลายตามการเคารพนับถือ รวมถึงชนบรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละราย

6. ทรัพยากรบุคคลอื่นๆ ในชุมชน อาจประกอบด้วยหนอนวด แพทย์แผนโบราณ แพทย์พื้นบ้าน ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักดนตรีบำบัด ผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ องค์กรสังเคราะห์ในชุมชน ฯลฯ

7. ครอบครัว (family) ในบางโอกาสครอบครัวคือบุคคลที่ผู้ป่วย แจ้งให้เป็นผู้ทำการตัดสินใจแทนในช่วงสุดท้ายของชีวิตซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่พากอาศัยอยู่ใกล้เคียงมาเดียวกันกับผู้ป่วยหรือเกี่ยวพันทางสายเลือด แต่โดยภาพรวมเป็นบุคคลที่พากอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งนอกจากจะต้องได้รับการดูแลจากทีมงานของการดูแลรักษาแบบประคับประคองแล้วโดยสถานภาพที่แท้จริงเป็นสมาชิกของทีมงานที่สำคัญอย่างยิ่งยวดเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้จัดหาให้ถึงการดูแลในเกือบทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน การจัดให้

ยาตามเวลา การดูแลรักษาด้านสุขอนามัย การทำแพลงฯฯ มีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง (regular review)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพได้ชัดเจนขึ้น มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนโดยเฉพาะองค์กรแพทย์เนื่องจากแพทย์ผู้ดูแลล้วนใหญ่เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับปรึกษาเพิ่มขึ้น จาก 25 รายในปี 2557 เป็น 58 รายในปี 2558 ญาติและผู้ป่วย รวมถึงทีมในพื้นที่ เช่นใจแนวปฏิบัติ เช่นใจแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีผู้ป่วยประสงค์จะกลับบ้านและเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นจาก 6 ราย (ร้อยละ 25.0) เป็น 27 ราย (ร้อยละ 50.9)

จากการนำรูปแบบการดูแลไปใช้จริงเป็นผู้ป่วยในจำนวน 21 ราย เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับปรึกษาจากรพ.สต. จำนวน 37 ราย รวม 58 ราย ผลพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.2) มีอายุอยู่ในช่วง 40-70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.4) อายุเฉลี่ย 62.7 ปี ดังตารางที่ 1

จำแนกตามชนิดของมะเร็งที่พบระยะสุดท้าย พบว่า เป็นโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 29.3) รองลงมาเป็นอวัยวะ-สืบพันธุ์เพศหญิงและเต้านม (ร้อยละ 22.4) ได้รับการรักษาโดยวิธีประคับประคองอย่างเดียวจำนวน 30 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและเพศ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ชาย		หญิง		รวม		
	จำนวน	ร้อย%	จำนวน	ร้อย%	จำนวน	ร้อย%	
เพศ	26	44.8	32	55.2	58	100.0	
อายุ (ปี)	<40	3	5.2	1	1.7	4	6.9
	40-70	13	22.4	18	31.1	31	53.5
	>70	10	17.2	13	22.4	23	39.6

(ร้อยละ 51.7) รักษาแบบประคับประคองร่วมกับยา-เคมีบำบัด จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 25.9) และร่วมกับการฉายแสง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 22.4) ดังตารางที่ 2

ผู้ป่วยมีคะแนน PPS <40 (ร้อยละ 48.3) คะแนน PPS 40-60 (ร้อยละ 31.0) คะแนน PPS >60 (ร้อยละ 20.7) มีผู้ป่วยจำนวน 3 รายที่ผ่าตัดตกแต่งแผลขณะไปเยี่ยมบ้าน มี 1 ราย ที่เจาะน้ำในช่องท้อง ส่วนใหญ่มีอาการปวดระยะแรกรับอยู่ในระดับปานกลาง pain score (5-7) ร้อยละ 70.7 มีเพิ่มขึ้นเป็นระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.2) ทั้งหมดสามารถจัดการอาการปวดตาม Pain score ได้ร้อยละ 98.0 ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย-มะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 3 และ 4

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทางคลินิก

จากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาปฏิบัติจริง พบร่วมกับการหลังการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วย-มะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลทุ่มแบนจำนวน 58 ราย ทั้งในส่วนที่รับการดูแลที่โรงพยาบาลและส่วนที่ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยติดตาม เยี่ยมบ้านส่วนใหญ่มีการเสียชีวิตอย่างสงบและส่งงาม (good dead) ร้อยละ 96.2 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 44.6) เสียชีวิตที่บ้าน จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 48.6) มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.8) ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลและไม่เข้าเกณฑ์การเสียชีวิตอย่างสงบและส่งงาม หนึ่งรายที่ต้องใส่ถ่อมหัวใจเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีปัญหาเรื่อง airway obstruction

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกตามชนิดของมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ

ชนิดของโรคมะเร็ง	การรักษา					ร้อยละ
	ฉายแสง	ยาเคมีบำบัด	ประคับประคอง	จำนวน		
1. มะเร็งปอด	2	3	12	17	29.3	
2. มะเร็งเต้านม	3	6	1	10	17.2	
3. มะเร็งปากมดลูก	1	-	2	3	5.2	
4. มะเร็งตับ		3	4	7	12.1	
5. มะเร็งลำไส้	-	2	1	3	5.2	
6. มะเร็งหู คอ จมูก	5	-	2	7	12.1	
7. มะเร็งชนิดอื่นๆ	2	1	8	11	18.9	
รวม	13	15	30	58	100	

ตารางที่ 3 ประเมินตาม PPS

ระดับ PPS	จำนวน	ร้อยละ
>60	12	20.7
60-40	18	31.0
<40	28	48.3
รวม	58	100.0

ตารางที่ 4 จำแนกตาม pain score

Pain score	จำนวน	ร้อยละ
7-10	4	6.9
5-7	41	70.7
<5	13	22.4
รวม	58	100.0

จากมะเร็งหลอดอาหารร่วมกับ Tracheo-esophageal fistula เป็นการร้องขอจากผู้ป่วยที่ขอใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับ prognosis ดี อีก 1 ราย เสียชีวิตอย่างไม่สงบที่โรงพยาบาลเนื่องจากญาติทอดทิ้ง และให้ยาแก้ปวดเป็นมอร์ฟินอย่างเต็มที่ แต่ผู้ป่วยก็ไม่บรรเทา มีผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคองด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงร่วมผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่หลังติดตามเยี่ยมมากกว่าหนึ่งปีตามระยะเวลาในการทำวิจัย ดังที่แสดงในตารางที่ 5 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่พึงพอใจมากร้อยละ 96.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลลัพธ์ทางคลินิก good dead (n = 58)

ลักษณะการจำแนก Good dead	ผู้ป่วยใน		ผู้ป่วยนอก		รวม	
	จำนวน	ร้อย%	จำนวน	ร้อย%	จำนวน	ร้อย%
- เสียชีวิตที่บ้าน	6	21	21	27	46.6	
- เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	15	11	11	26	44.8	
- ยังมีชีวิตอยู่	2	3	3	5	8.6	
รวม	23	25	25	58	100.0	

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองประสบความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ได้ส่งผู้ป่วยปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น พร้อมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมพูดคุยและร่วมกันวางแผนจำนำผู้ป่วย มีบางครั้งแพทย์เจ้าของไข้ได้ร่วมทีมออกเยี่ยมกับทีมສหสาขาวิชาชีพด้วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจและพึงพอใจมาก จะเห็นได้จากผลลัพธ์จากการตอบแบบสอบถาม และมีเขียนเป็นจดหมายขอบคุณมา yang ทีมผู้ดูแล ทางพื้นที่ทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. เข้าใจและสามารถประเมินผู้ป่วยตามแบบ ประเมินที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ประเมินความเจ็บปวดและสามารถบริหารความเจ็บปวดตามแนวทางที่ได้จัดทำขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเลี้ยงชีวิตอย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เสียชีวิตท่ามกลางความอบอุ่นของครอบครัว เนื่องจากทางทีมผู้ดูแลพยายามหาเครื่องมือที่ใช้ประเมินที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และไม่มากจนเกินไป ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. สามารถประเมินผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจ จำแนกตามประเภทผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ประเภทผู้ป่วย (n = 53)	พึงพอใจมาก			
	จำนวน	ร้อย%	จำนวน	ร้อย%
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	25	96.1	1	3.9
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้าน	26	96.3	1	3.7
รวม	51		2	

ได้รับการปรึกษาถึงความสามารถปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลหรือแพทย์เจ้าของไข้ได้ทันทีทางไลน์กลุ่มหรือทางโทรศัพท์ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว และต่อเนื่อง ทางทีมสามารถลงเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบถ้วนเรียบง่ายตามคะแนน PPS ที่กำหนดขึ้น บางรายมีการลงเยี่ยมมากกว่าหนึ่งครั้งจนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีผังการให้ของงาน (work flow) ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่ารูปแบบปฏิบัติงานเดิม ทำให้ทีมมีความภูมิใจและพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าใจแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม

และมีเครื่องมือช่วยในการดูแล การใช้แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและส่งงาน (Good death) ทำให้ทีม-ผู้ดูแลทั้งทีมเข้าใจการดูแลผู้ป่วยแบบครบองค์รวมมากขึ้น เพราะผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วย-มะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ทางทีมยึดหลักการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4C⁽¹⁰⁾ ได้แก่

1. การดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Centered at patient and family)
2. การดูแลแบบองค์รวมและเน้นความสุขสบาย (Comprehensive)
3. การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาและภาคีเครือข่าย (Coordinated)
4. การดูแลต่อเนื่องทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล ที่บ้าน และหลังเสียชีวิต (Continuum of care)

ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับหลักการดังกล่าว การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมาปฏิบัติจริงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายควรให้การดูแลตั้งแต่เริ่มนิจจัยโรค ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเสียชีวิตอย่างสงบและส่งงาน (good death) เนื่องจากผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการป่วยและมีเวลาในการเตรียมความพร้อมสำหรับการสูญเสีย รับทราบความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย เช่น ปัญหาเรื่องลูก ปัญหาเรื่องทรัพย์สิน ความต้องการไปยังสถานที่ท่องเที่ยวที่เคยรัก เป็นต้น ส่วนที่ยังมีผู้ป่วยอีกเกือบร้อยละ 50.0 ที่ประสงค์จะมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลด้วยหลายเหตุผล เช่น ผู้ป่วยอยู่บ้านเช่า เจ้าของบ้านไม่อยากให้เสียชีวิตที่บ้าน ญาติ生态圈 ดูแลที่โรงพยาบาลและมีคนมาเยี่ยมได้สะดวกกว่าอยู่ที่บ้าน และอีกเหตุผลหนึ่งอาจมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มี PPS score ต่ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นผู้ป่วยที่ส่งตัวไปรักษาที่อื่น แล้วส่งตัวกลับมารักษาแบบประคับประคอง ต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ทีมมีเวลาในการคุยหรือเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการกลับไปดูแลต่อที่บ้านน้อย ทำให้

ญาติ生态圈ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากกว่า การรักษาแบบประคับประคองไม่ได้หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้การรักษาทางการแพทย์อีก แล้วเท่านั้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ทางทีมให้การรักษาแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาอีก ฝ่ายป่วยจำนวน 5 ราย ที่ยังมีชีวิตอยู่นานกว่าหนึ่งปีที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากการทีมสหสาขา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางและสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่พบระยะสุดท้ายเป็นมะเร็งปอดและแพร่กระจายมาที่ปอดและตับ ทำให้ปัญหาเรื่องการหายใจพบไกล์-เคียงกับอาการปวด อาการปวดเบบรุนแรงจึงมักจะพบในผู้ป่วยมะเร็งทุก คอก จมูก มากกว่ามะเร็งชนิดอื่น จากการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจะพบว่าผู้ป่วยมักมีความกังวลมากกว่าความเจ็บปวด หากเราสามารถลดความกังวลได้ ก็สามารถลดการกับอาการปวดได้่ายั้งชั้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพล่วงผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูง สอดคล้องกับหลักการศึกษา⁽¹¹⁻¹³⁾ ที่มีความพึงพอใจต่อบริการติดตามเยี่ยมบ้าน พึงพอใจต่อการได้รับคำอธิบายในการดูแลผู้ป่วย และรับทราบถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เป็นต้น

สรุป

การพัฒnarooแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกระทุมแบบ โดยใช้แนวคิดแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ยืนยันประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของทางโรงพยาบาล โดยอาศัยการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นทีม ทั้งทีมที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และทีมที่ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีแพทย์ผู้ดูแลและพยาบาลที่เป็นผู้ประสานงาน palliative

care เป็นตัวกลางในการประสานงาน กับทีมในพื้นที่ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือครอบครัว ทำให้ทีมเยี่ยมบ้านสามารถลงเยี่ยมได้อย่างรวดเร็ว มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นลำดับ ซึ่งเป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นการนำมาปฏิบัติได้จริง สะดวกในการนำไปใช้ ไม่ซับซ้อน ไม่เป็นการเพิ่มภาระกับทีม ในพื้นที่มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อความสำคัญของปัญหาร่วมกัน เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของไข้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุม หลังผู้ป่วยเสียชีวิตก็มีตัวแทนไปร่วมแสดงความเสียใจกับญาติผู้ป่วย ทำให้ทีม palliative care ได้รับคำชี้แจงจากญาติผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดูได้จากการเขียนหนังสือมาขอบคุณ การบริจาคเงินให้โรงพยาบาลในงานศพ หรือแม้แต่การตอบแบบสอบถามความพึงพอใจเป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ส่งเสริมให้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคไตวายหรือกลุ่มอวัยวะล้มเหลว เป็นต้น

2. พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปใช้ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยต้องมีการประสานงานกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อให้มีการดูแลไปในรูปแบบเดียวกัน มีการเก็บข้อมูลเป็นภาพรวมของจังหวัด และสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้ดูแลต่อเนื่องได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายลิขธีกรรักษามาอยู่ที่โรงพยาบาลกระทุ่มແນນ แต่ที่อยู่อาศัยจริงอยู่ในเขตบ้านแพ้วหรืออำเภอเมืองสมุทรสาคร ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยการส่งพยาบาลที่ได้ปฏิบัติงานจริงไปฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ ตามที่มีการจัดอบรม เพื่อให้มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

4. จากการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้งตึกอายุรกรรม และศัลยกรรม ผู้ป่วยจะมีภาวะเร็งระยะสุดท้ายจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วๆ ไป เนื่องจากยังไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะจึงทำให้การทำกิจกรรมทางศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณอื่นๆ ยังไม่ค่อยสะดวก และครบถ้วน จึงควรมีการจัดตั้งให้มีหอผู้ป่วยเฉพาะที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบเรื้อรังขึ้นในโรงพยาบาล

5. จากการศึกษา ทีมสหสาขาได้ลงเยี่ยมบ้าน พบร่วมผู้ป่วยหลายรายขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะเตียง หรือที่นอนลม เป็นต้น จึงเสนอให้มีการประสานหน่วยงานอื่นๆ เช่น องค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนหรือ มูลนิธิต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายได้

6. เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาพราะสงสัยมีบทบาท และส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างน้อย จึงควรมีการจัดอบรมผู้นำทางศาสนาในพื้นที่ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นโครงการต่อเนื่องเพื่อรับการจัดตั้งหอผู้ป่วยและผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป

7. จากการศึกษาพบว่า yang มีปัญหาเรื่องความเข้าใจแบบฟอร์มต่างๆ เช่น การประเมินความเจ็บปวด การประเมิน PPS score ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมสหสาขาไม่ตรงกัน จึงควรมีการนิเทศน์ติดตามและประเมินรูปแบบการปฏิบัติงานเป็นระยะและสม่ำเสมอ แก้ไขปัญหาและปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมทำงานไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น

8. จากการศึกษาพบว่า มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบรูปเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายมากกว่ามะเร็งชนิดอื่น จึงน่าจะมีแนวทางในการ screening มะเร็งปอด เพื่อให้สามารถค้นหามะเร็งในระยะเริ่มต้นได้มากขึ้น ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ โชคชัย ลีทิชาลิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบบ นายแพทย์ณัฐวุฒิ แตงรัม รองผู้อำนวยการและประธาน service plan นายแพทย์พรวิชัย พงษ์ประภากร ประธานองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบบ ที่ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน และประสานงานกับทางฝ่ายการพยาบาล องค์กรแพทย์ ทำให้งานสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง 医師ทักษิณสุทธนา ชัยมานะการ วิสัญญีแพทย์ที่ช่วยกำหนดแนวทางการบริหารความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย คุณคมข่า เยี่ยมสวัสดิ์ รองผู้อำนวยการที่ช่วยประสานงานกับผู้บริหารงานส่วนห้องถีน คุณสุภากรณ์ โภทนุท คุณจารุภา ฉิมสกุล พยาบาลเยี่ยมบ้าน กลุ่มเวชกรรมสังคม คุณวรารณ์ ปัญญาวงศ์ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ทุกพื้นที่ ที่ได้ร่วมกันดำเนินงาน สนับสนุนการศึกษานี้ให้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วงศ์นร์ เพชรพิเชฐฐ์เชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554.
2. กิตติกร นิลามนัต, วรารณ์ คงสุวรรณ. ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล. สงขลา: จอยพรินท์; 2556.
3. เต็มศักดิ์ พิ่งรักษ์: การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลส่งขานครินทร์. ใน: ลักษณ์ ชาญเวชช์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: ไอเอส พรินติ้งເຊົ້າ; 2547. หน้า 35-40.
4. กิตติกร นิลามนัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
5. ศศิกานต์ นิมนานรัชต์. Pain & pain management in special population. ใน: ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550:16-25.
6. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับ-ประคอง สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลติดภูมิแห่งหนึ่ง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
7. บุษยมาส ชีวสกุลยง. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลราษฎรเชียงใหม่. ใน: ลักษณ์ ชาญเวชช์, ดุลิต สถาพร, บรรณาธิการ. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556. หน้า 35-46.
8. ไพรินทร์สมบัติ, อารีย์รปรางค์กุล. ความหมายของคำว่าตายดี: การดูแลผู้ป่วยภาวะสุดท้ายของชีวิต. น่าน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปั้ว; 2548.
9. สถาพร ลีลานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
10. World Health Organization. National Cancer Control Programs: policies and managerial guideline. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
11. 瓦สนา สวัสดิ์นฤนาท, ออมรพันธ์ ธนาเรตต์, راتพิพัฒ์ วิเศษรา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25:144-56.
12. สีฟ้า เวชะชาติ, ปันดดา ลิ้มรองเจริญ. การพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารคณะกรรมการค่าสารตัว มหาวิทยาลัยบูรพา 2550;15:47-60.
13. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลชัย, พวงพะยอม จุลพันธ์, และยุพധงค์ พุฒธรรມ. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2554;23:80-9.

Abstract: Effectiveness of Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients in Krathumbaan Hospital Community Network, Samutsakorn Province

Sukanya Wiriyakosol, M.D., Cert. Board of General Surgery; Kantheera Vongsawan, M.N.S.

Krathumbaan Hospital, Samutsakorn Province, Thailand

Journal of Health Science 2017;26:759–69.

The aims of this descriptive study were to develop and describe the effect of a palliative care model for terminal cancer patients of Krathumbaan Hospital Community Network, Samutsakorn province. Samples were purposively selected from 21 hospitalized patients with 37 out patients, totally 58 patients with terminal cancer. Study was conducted from January to December 2015. Descriptive statistics were used to analyze this data. The results of this study revealed that the palliative care model was suitable for terminal cancer patients. Krathumbaan Hospital. Palliative Care Model tools in this study were evaluated and managed following PPS score and pain score. Good death criteria and evaluation of patients and caregivers' satisfaction were used to report informants resulted. After implement the patients care model, we reported that palliative care terminal cancer patients were good death 96%, 26 patients were dead in hospital and 27 patients were dead at home. Only 2 patients do not good death criteria. Pain control were managed by pain guideline, pain being relieved 98.2%. The 98% of patients and caregivers satisfactory toward palliative care service were also at high level. In conclusion this newly developed caring model is useful for supporting patients with terminal cancer and their families by multidisciplinary providers with comprehensively and continuously. Therefore, this newly developed caring model should be introduced to care for terminal patients in the other groups.

Key words: development of palliative care model, terminal stage cancer, palliative care