



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก

THE DEVELOPMENT OF END OF-LIFE CARE PRACTICE SYSTEM FOR CONTINUING CARE AT HOME OF THE PATIENTS IN THE OUTPATIENT DEPARTMENT

สุนันฎดา คเชนทร์ชัย มุจจรินทร์ อัครวัฒน์

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Sunatda kachenchai, Mujjarin Asavapat

Maharatnachonratchasima hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก (OPD Case) การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิง 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติ การดำเนินงาน และการประเมินผล ดำเนินการพัฒนา 3 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน สหสาขาวิชาชีพ 2 คน ผู้ป่วยหรือครอบครัวระยะท้าย 177 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาพัฒนาขึ้น แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบแต่ละวงรอบการพัฒนาด้วยสถิติ Chi-square และ t-test พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก ซึ่งพัฒนาจากทีมสหสาขา ประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลส่งชุมชนในเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่าด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมมากขึ้นอย่างมีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนา มีผลลัพธ์ดีขึ้นเมื่อเทียบกับระยะก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก ระยะหลังการพัฒนา มีร้อยละของการจัดการอาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และ ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้สรุปว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ดังนั้นควรนาระบบดังกล่าวไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลระยะท้าย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Abstract

The purpose of this research is to develop the end-of-life care practice system for continuing care at home of the patients in the outpatient department. This research and development was done using Deming cycle which consists of 4 steps: Analyze, Plan, Do, and Evaluate. The process consists of 3 Deming cycles where the purposive sampling technique was used where 3 registered nurses, 2 multidisciplinary, and at 177 end-of-life patients or the patients' relatives were included. Three research tools were used including 1) the palliative care practice system for continuing care at home Manual which was developed by the author in collaboration with multidisciplinary team. 2) Semi-structured Interview. 3) Case Record form. The results were analyzed using descriptive statistics, frequencies, and percentages. The results from each Deming cycle are compared using Chi-square and t-test. The analysis of the end-of-life care practice system for continuing care at home of the patients in the outpatient department, which developed by multidisciplinary team, includes the care manual and patient's data transfer system from the hospital to the community hospital in its network. The result shows that there is an improvement in the assessment score compared with the score during pre-development period and the statistical significance is 0.05. The percentage of disturbing symptom indicators from the clinical follow-up results has also improved with a statistical significance of 0.05. The satisfaction survey from the patients' relatives has a positive incremental with a statistical significance of 0.05. To conclude, this development in the end-of-life care practice system for continuing care at home of the patients in the outpatient department provides benefits to the patients and relatives. Therefore, this system should be applied to other hospitals further.

Keywords : Palliative care, Home health care

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าทั่วโลกต้องการการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ 40-60 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.50 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ร้อยละ 10.30 โรคเอดส์ร้อยละ 5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด เป็นผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและมะเร็ง ร้อยละ 80 โรคหัวใจ และหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 67 ซึ่งต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากทนต์ไปจนถึง ระดับรุนแรง (World Health Organization, 2016) ผู้ป่วยระยะท้ายมีการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หายใจลำบาก เป็นต้น ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล รวมถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจึงเป็นสิ่งสำคัญ เป็นความท้าทายสำหรับวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลต้องใช้ทักษะผสมผสานในการดูแล โดยเฉพาะการเป็นผู้ประสานงานการดูแลสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่นๆ (Sekse et al., 2017) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญกับความตายที่จะมาถึงในระยะเวลาอันใกล้ได้อย่างสงบ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา แผนกผู้ป่วยนอก ยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน เดิมผู้ป่วยระยะท้ายจะรับบริการรวมอยู่ในห้องเดียวกับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางด้านจิตใจทั้ง 2 กลุ่มโรคต้องใช้ระยะเวลาในการให้บริการนาน ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามกระบวนการ ระบบบริการไม่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ขาดการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งเรื่องการจัดการอาการ การบริหารจัดการยามอร์ฟิน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงทำให้ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และกรณีมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านพบว่าขาดแหล่งสนับสนุนจากชุมชน ไม่สามารถปรึกษากับทีมสุขภาพได้เนื่องจากขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้า-ออก โรงพยาบาลหลายครั้ง ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องพยุงชีพโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายตัวต่างๆ และเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล รวมถึงทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นซึ่งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอกขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ตอบสนองนโยบาย Service plan ของโรงพยาบาลและเขตบริการสุขภาพที่ 9 “รวมถึงตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

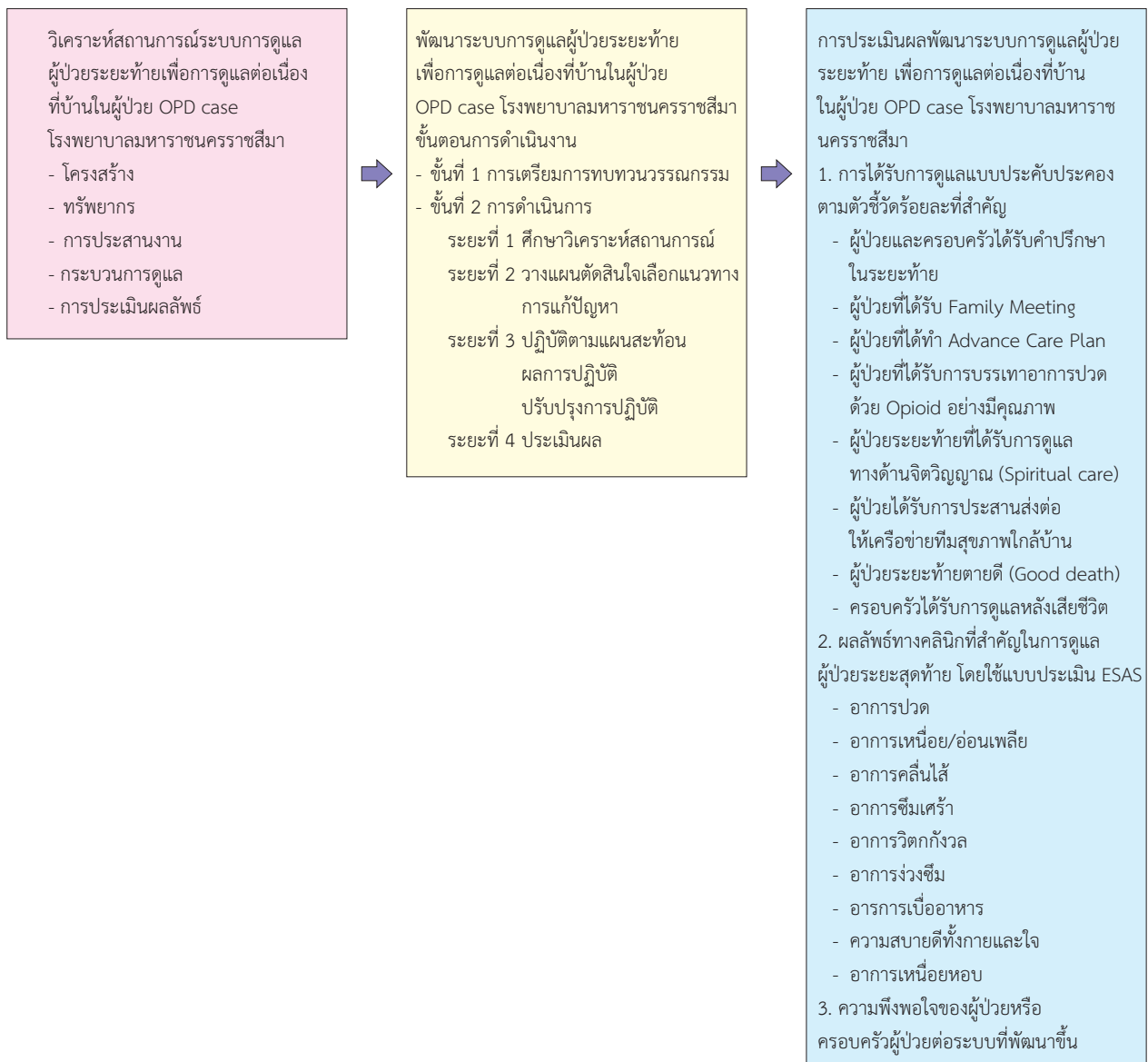
กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก ใช้แนวคิดการจัดบริการอย่างมีระบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนควบคู่กับทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสันและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ WHO เน้น 6 ด้านคือ 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบูรณาการทุกศาสตร์มาในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล

4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุน การดูแล 6) เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์การดูแลผู้ป่วย ตามระบบที่ได้รับ วัตถุประสงค์ทางคลินิกและวัดความพึงพอใจ ต่อระบบการดูแลของครอบครัวเป็นผลลัพธ์ต่อการพัฒนา ระบบการดูแล ส่วนกระบวนการพัฒนาใช้แนวคิดวงจร พัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ตั้งแต่การวิเคราะห์ ปัญหาและการวางแผน (Plan) ระยะปฏิบัติการ (Do) ระยะติดตามประเมินผล (Check) และร่วมปรับปรุงกิจกรรม และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Act) ดำเนินการพัฒนา 3 วงรอบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ การดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย OPD case โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตามวงจรพัฒนาคุณภาพ ของเดมมิ่ง (Deming cycle) ประกอบด้วยการวิเคราะห์ สถานการณ์ การสะท้อนข้อมูล การวางแผนการปฏิบัติ และประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพในศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 คน ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่า 1 ปี

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

- แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรคมะเร็ง 1 คน
แพทย์เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 1 คน

3. ผู้ป่วยหรือครอบครัวระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ห้องปรึกษาปัญหาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง 18 กุมภาพันธ์ - 16 เมษายน 2564 จำนวน 177 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย OPD case โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA ของเดมมิ่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

2.1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้การสนทนา

2.1.2 ผู้ป่วยระยะท้าย ใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล

2.1.3 แบบสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย

2.2 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ตัวชี้วัด (Case Record Form) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย

ไปด้วย 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการวิตกกังวล 6) อาการง่วงซึม 7) อาการเบื่ออาหาร 8) ความสบายดีทั้งกายและใจ และ 9) อาการเหนื่อยหอบ โดยระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ถือเกณฑ์ว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงไปของคะแนนแต่ละอาการกับการประเมิน ESAS ก่อนได้รับการดูแลตามระบบ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของกองการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตัวชี้วัด (Case Record Form) และแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญมีค่า CVI เท่ากับ 0.90 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติ การดำเนินงาน และการประเมินผล ดำเนินการพัฒนา 3 วงรอบโดยวงรอบที่ 2 ได้นำผลสะท้อนในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงในวงรอบที่ 2 และวงรอบที่ 3 นำผลสะท้อนในวงรอบที่ 2 มาปรับปรุงได้ข้อสรุปของระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในผู้ป่วย OPD case ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการประเมินผลกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย OPD case ได้แก่ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการสนับสนุนทรัพยากร ด้านการประสานงาน ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ นำมาวิเคราะห์ด้วยการสรุปเนื้อหา

3. ข้อมูลผลลัพธ์ที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 1 แบบประเมินการได้รับการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง และส่วนที่ 2 แบบติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้าย ตามแบบประเมิน ESAS ด้วยสถิติพรรณนาโดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ แสดงจำนวนร้อยละ และเปรียบเทียบแต่ละวงรอบการพัฒนาด้วยสถิติ Chi-square

4. ข้อมูลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลของญาติผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบแต่ละวงรอบการพัฒนาด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย OPD case โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วงรอบที่ 1 - 3

วงรอบที่ 1 สถานที่คับแคบให้บริการร่วมกับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ขาดแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและไม่มีพยาบาลรับผิดชอบ โดยได้ประชุมทีมผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลสะท้อนข้อมูลที่ได้โดยเปิดห้องสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใช้ชื่อว่า “ห้องปรึกษาปัญหาสุขภาพ” แยกจากกลุ่มผู้ป่วย HIV จัดบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ประจำห้อง เปิดบริการทุกวันเวลาราชการ เพื่อรับผู้ป่วยระยะท้ายจากแผนกผู้ป่วยนอกทุกห้องตรวจ และร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

วงรอบที่ 2 การวางแผนและปรับปรุงแผน จากปัญหาที่ได้จากรอบที่ 1 ไม่มีแพทย์ออกตรวจ นำประเด็นปัญหามาพัฒนาต่อยอด ได้ซื้อสรูป องค์กรแพทย์จัดแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระดับประคอง ออกตรวจทุกวันพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เป็น case manager ดูแลผู้ป่วยครบ 4 มิติ ทั้งด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับครอบครัว (Advance care plan) คุยประชุมครอบครัว (family meeting) เมื่อมีปัญหาสามารถโทรศัพท์มาขอรับคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และญาติสามารถมารับยาแทนผู้ป่วยได้โดยถ่าย VDO หรือถ่ายภาพ มาให้แพทย์ประเมินอาการ

วงรอบที่ 3 การวางแผนและปรับปรุงแผน จากปัญหาที่ได้จากรอบที่ 2 พบว่าผู้ป่วยบางรายที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต และต้องการเสียชีวิตที่บ้าน แต่มีอาการทรุดหนัก ไม่สามารถรับประทานยาได้ ต้องเปลี่ยนวิธีการให้ยามอร์ฟินเข้าทางใต้ผิวหนัง แต่ขาดการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเนื่องจาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ไม่มีประสบการณ์การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากเป็นสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก นำประเด็นปัญหามาพัฒนาต่อยอด จึงได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลประคับประคองในชุมชนเขตตำบลในเมือง ส่วนในกรณีที่อยู่ติดต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีภาระงานสูงมีความแออัดญาติไม่สามารถเฝ้าผู้ป่วยได้จนถึงวาระสุดท้าย จึงประชุมวางแผนพัฒนาระบบบริการ ให้โรงพยาบาลหัวทะเลซึ่งเป็นโรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีห้องพักเป็นสัดส่วน ในการรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล หลังผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย เพื่อลดความเศร้าโศก

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์หรือประสิทธิผลการพัฒนาระบบ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC มารับบริการ

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.5 รองลงมาคือมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 16.24 พบว่า มีช่วงระดับ PPS 70-100% ร้อยละ 49.67 ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังทำกิจวัตรประจำวัน ได้ปกติ รองลงมาที่มีระดับ PPS 40-60% ร้อยละ 30.35 มีส่วนน้อยที่มีระดับ PPS 0-30% ร้อยละ 19.9 คือผู้ป่วย ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

เริ่มมีภาวะกลืนลำบาก

จากตารางที่ 1 แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคองตามระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังพัฒนา ปี 2564 ตัวชี้วัดสำคัญเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี เมื่อเทียบกับ ระยะก่อนพัฒนาในปีงบประมาณ 2560 ทั้ง 8 ตัวชี้วัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์การได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามตัวชี้วัดที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบตามปีงบประมาณ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		
	ปี 2560 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2561 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2562 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2563 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2564 จำนวน (ร้อยละ)
1) ร้อยละของผู้ป่วยและญาติ ที่ได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย	147 (100)	345 (100)	569 (100)	732 (100)	177 (100)
2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ทำ Family Meeting	56 (38.1)	155 (44.9)	432 (75.9)	655 (89.4)	167 (94.3)*
3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Advance care Plan	21 (14.3)	56 (16.2)	250(43.93)	345 (47.13)	96 (46.3)*
4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวด และจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid อย่าง มีคุณภาพ	41 (27.9)	199 (57.68)	388 (68.1)	535 (73.08)	145 (81.92)*
5) ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลทางด้าน จิตวิญญาณ ปลดเปลื้อง สิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care)	18 (12.2)	51 (14.8)	222 (39.0)	312 (42.6)	72 (40.6)*
6) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประสานส่งต่อให้เครือข่าย ที่มสุขภาพใกล้บ้านติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน	0	56 (16.2)	250 (43.9)	352 (48.0)	88 (49.7)*
7) ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ตายดี (Good death)	NA	NA	เสียชีวิต 208 170 (81.7)	เสียชีวิต 372 321 (86.2)	เสียชีวิต 17 15 (88.2)
8) ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care)	NA	NA	เสียชีวิต 208 56 (26)	เสียชีวิต 372 120 (32.2)	เสียชีวิต 17 8(47.05)

*p value <0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้ายตามแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ระยะหลังการพัฒนาปีงบประมาณ 2564 มีร้อยละของอาการรบกวนที่ดีขึ้นในทุกข้อทั้ง 9 ตัวชี้วัด เทียบกับระยะก่อนพัฒนา 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าญาติผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อที่บ้านใน OPD case มีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.5 ในระยะก่อนพัฒนาปีงบประมาณ 2560 เป็นร้อยละ 95.4 ในระยะหลังพัฒนาปีงบประมาณ 2564 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1

การพัฒนาาระบบ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อที่บ้านในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประสบความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ เนื่องจากได้รับความร่วมมือจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพและได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารองค์กรเข้ามาผลักดันทำให้เกิดระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิผลมากขึ้น มีมาตรฐานแนวทางปฏิบัติเดียวกัน และยั่งยืนจนถึงปัจจุบัน สามารถลดความแออัด

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้าย ตามแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) แยกตามปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดตาม ESAS	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		
	ปี 2560 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2561 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2562 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2563 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2564 จำนวน (ร้อยละ)
1) อาการปวดน้อยกว่า 5 คะแนน	54 (36.7)	250 (72.5)	344 (60.5)	562 (76.8)	163* (92.1)
2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย น้อยกว่า 5 คะแนน	101 (68.8)	212 (61.4)	331 (58.2)	578 (79)	151* (85.3)
3) อาการคลื่นไส้/อาเจียนน้อยกว่า 5 คะแนน	126 (85.7)	326 (94.7)	522 (91.7)	698 (95.4)	172* (97.2)
4) อาการซึมเศร้า/วิตกกังวลน้อยกว่า 5 คะแนน	75 (60.6)	211 (61.1)	456 (80.1)	579 (79.1)	153* (87)
5) อาการวิตกกังวลน้อยกว่า 5 คะแนน	56 (38.2)	110 (31.8)	352 (61.8)	511 (69.8)	134* (75.7)
6) อาการรบกวนซึมเศร้า/วิตกกังวลน้อยกว่า 5 คะแนน	56 (38.1)	219 (63.7)	367 (64.5)	500 (68.3)	125* (70.6)
7) อาการเบื่ออาหารน้อยกว่า 5 คะแนน	45 (30.6)	192 (55.8)	488 (85.7)	657 (89.7)	156* (88.1)
8) ความสบายดีทั้งกายและใจ มากกว่า 5 คะแนน	64 (43.5)	176 (51.0)	490 (86.1)	622 (84.9)	154* (87.0)
9) อาการเหนื่อยหอบน้อยกว่า 5 คะแนน	124 (84.8)	309 (89.8)	500 (87.8)	667 (91.1)	165* (93.2)

*p value <0.05

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ใน OPD case โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		
	ปี 2560 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2561 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2562 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2563 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2564 จำนวน (ร้อยละ)
ความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	121 (82.5)	295 (85.7)	499 (87.7)	675 (92.2)	169(95.4)*

* p value < .05

ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น โดยมีการเชื่อมโยงตั้งแต่ในโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน

วงรอบที่ 1 มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจนมากขึ้น มีแพทย์เฉพาะทางออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และมีพยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ประจำห้องตรวจ (full time) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมครบวงจร ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ

วงรอบที่ 2 ผู้ป่วยระยะท้ายมีโอกาสเข้าถึงบริการตามมาตรฐานมากขึ้น มีการให้ความรู้ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการประชุมครอบครัว และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ญาติเกิดการยอมรับ เข้าใจ เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอดคล้องวิธีการดูแลแบบประคับประคองของ Ramsbottom and Kelley (2014) ที่มุ่งเน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ครอบคลุมทุกมิติโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความรู้ และ สนับสนุนครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อมีปัญหาสามารถโทรศัพท์มาปรึกษา หรือส่งวิดีโอ มารับคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้รู้สึกปลอดภัย และไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

วงรอบที่ 3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน มีการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยท้าย การให้ยามอร์ฟีนเข้าใต้ผิวหนัง การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง จนเกิดความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน มีการประสานข้อมูล ส่งต่อทางไลน์ ทางThai COC ไปยังโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับ Mororo, Enders, Lira, Silva, and Menezes (2017) ให้ความสำคัญกับพยาบาล

ผู้ดูแลแบบประคับประคองมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร การตรวจสอบและทบทวน วิทยากรการเรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการวางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการสร้างเครือข่ายทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนืองอย่างมีคุณภาพ จนกระทั่งเสียชีวิต ส่วนในกรณีที่ต้องทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาสามารถมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลห้วยทะเลได้ โดยบุคลากรทางการพยาบาล จบการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีห้องเป็นสัดส่วน ญาติสามารถอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ รวมทั้งมีภาระงานน้อยเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จึงพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สอดคล้องกับ Kirchoff, K. T., and Beckstrand (2000) พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลที่ช่วยในการสนับสนุนด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ ได้แก่ การจัดสถานที่ผู้ป่วยได้อยู่อย่างเงียบสงบ และได้อยู่กับครอบครัวตามลำพัง

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์หรือประสิทธิผลการพัฒนาระบบ

พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC มารับบริการมากที่สุด ผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับบริการส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงระดับ PPS 70-100% คิดเป็นร้อยละ 49.67 พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลตามตัวชี้วัดที่สำคัญของหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปีจากปีงบประมาณ 2560 ถึง 2564 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้ายตามแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ระยะหลังการพัฒนาปีงบประมาณ 2564 ร้อยละของการจัดการ

อาการรบกวนที่เพิ่มขึ้นในทุกข้อ เทียบกับระยะก่อนพัฒนา 2560 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อที่บ้านในผู้ป่วย OPD case โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับบริการที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาระบบในทุกขั้นตอน มีผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.5 ในระยะก่อนพัฒนาปีงบประมาณ 2560 เป็นร้อยละ 95.4 ในระยะหลังพัฒนาปีงบประมาณ 2564 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อที่บ้านในแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวพึงพอใจต่อระบบการดูแลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อที่บ้านในผู้ป่วย OPD case โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับกระทรวงสาธารณสุข กับโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลกระทบเป็นวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurse' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end of life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9(2): 96-104.
- Kuuppelomäki, M. (2001). Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5): 660-670.

- Mororo, D. D. S., et al. (2017). Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Journal of Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3): 323-332
- Ramsbottom, K., & Kelley, M. L. (2014). Developing strategies to improve advance care planning in long term care homes: Giving voice to residents and their family members. *International Journal of Palliative Care*, 2014: 1-8. doi: 10.1155/2014/358457 2014.
- Sekse, R. J. T., Hunskaar, I., & Ellingsen, S. (2017). The nurse's role in palliative care: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1-2): 21-38.
- Watson, J. (1985). *Nursing : human science and human care : a theory of nursing*. Norwalk : Connecticut, Appleton-Century-Crofts.
- Weaver MS, et al. (2016). Establishing psychosocial palliative care standards for children and adolescents with cancer and their families: an integrative review. *Journal of Palliat Med*, 30(3): 212-223.
- World Health Organization. (2000). Pain relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines (2 ed.). Geneva: World Health Organization. 83-91.
- World Health Organization. (2000). Definition of Palliative Care 2002. Retrieved May 7, 2021, from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/Weissman>,
- World Health Organization. (2016). Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers. Retrieved May 7, 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf>.