ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล

ทัศนีย์ บุญอริยเทพ พย.ม.*, ธภัคนันท์ อินทราวุธ พย.ม.*

รับบทความ: 25 พฤษภาคม 2566
ปรับแก้บทความ: 09 มิถุนายน 2566
ตอบรับบทความ: 14 มิถุนายน 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง มักต้องการการช่วยเหลือทางกายและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง ในกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลและโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ผลการศึกษา: ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุป: การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล อาจลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน เพิ่มผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลแบบระคับประคองที่บ้าน, อาการรบกวน, ผลลัพธ์การดูแล, ภาวะเครียด, ผู้ดูแล

*กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่

The Effect of Home Palliative Care Program on Patients's Symptom-Induced Suffering, Care Outcome and Care givers's Stress

Thadsanee Boonariyatep M.N.S.*, Tapukkanun Intharawut M.N.S.*

Received: May 25, 2023
Revised: June 09, 2023
Accepted: June 14, 2023

Abstract

Background: Palliative care patients need for medical care, physical and psychological assistance more than general patients. Home palliative care will help patients and caregivers access quality care and have a better quality of life.

Objective: The study aimed to determine the effect of the home palliative care program by comprises the patients average score on symptom-induced suffering and palliative care outcome and the care givers average score on stress.

Study design: One-group experimental research with a pre-test and a post-test design was performed in the palliative care patients and the care givers. Data collection comprises questionnaires, case record forms, and the home palliative care program.

Results: Before and after participating in the program, the patients displayed a significantly on symptom-induced suffering ($p<.001$) and a significantly on palliative care outcome ($p<.001$). and the care givers displayed a significantly on stress ($p<.001$).

Conclusions: The Home Palliative Care Program may be decrease patients's symptom-induced suffering, increase care outcome and decrease care givers's stress

Keywords: The home palliative care program, Symptom-induced suffering, Care outcome, Care givers's stress

*Primary and Holistic care Department, Rong Kwang Hospital, Phrae

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้มีหน่วยงานหลายภาคส่วนและกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง[1] ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.96 โดยเพิ่มจาก 102,330 คน เป็น 113,548 คน ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะยาว[2] เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลที่มุ่งเน้นแต่เพียงรักษาอาการของโรคทางกายในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอ เพราะการต้องอยู่กับสภาพโรคที่ไม่หายอย่างยาวนานส่งผลกระทบต่อมิติด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย[3]

รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน มีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้[4] ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลและทีมสหสาขาวิชา แต่เนื่องจากการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ การช่วยเหลือทางกายและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น มีอาการปวด อาการเหนื่อยหอบ รับประทานอาหารได้ลดลง คลื่นไส้อาเจียน แผลมะเร็ง นอนไม่หลับ สับสน เพ้อคลั่ง วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งมักร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ลดลง ไปจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนติดเตียง ซึ่งมักใช้ระยะเวลาการดำเนินโรคจำนวนหลักเดือน[5] และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งส่วนมากเป็นญาติใกล้ชิด เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง การดูแลรักษา ด้านร่างกายและจิตใจทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยซึ่งนับเป็นภาระหนักและส่งผลต่อผู้ดูแลหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ความอ่อนล้า สภาพทางเศรษฐกิจสังคมและสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงส่งผลกระทบ

ทางด้านจิตใจ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล โดยเฉพาะหากเกิดโรคซึมเศร้าจะส่งผลต่อ อารมณ์ ความท้อแท้ ความคิดความจำ การตัดสินใจ การรับประทานอาหาร การนอน ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลเสียกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 20.1[6]โรงพยาบาลร้องกวางมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวนหนึ่ง โดยในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนตามลำดับดังนี้ 284, 204 และ 179 ตามลำดับ[7] และพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยและญาติต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่ามาที่โรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความยากลำบากในการเดินทาง เป็นต้น และพบว่ารูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน มีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้[4] ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครในชุมชน (อสม.)ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมีแนวปฏิบัติของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว[8,9]

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านนี้ขึ้นจากแนวคิดจากรูปแบบการดูแลประคับประคองที่ได้มาตรฐานและแนวคิดการจัดการรายกรณี เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยมุ่งหวังในการจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตลอดจนการลดภาวะเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

สถานศึกษา: พื้นที่อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

ประชากรที่ใช้ศึกษา: ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลร้องกวาง อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 33 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารฟัง อ่านเขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินสติสัมปชัญญะโดยสอบถามชื่อบุคคล เวลาและสถานที่ หากผู้ป่วยสามารถตอบถูกต้องจะคัดเข้าร่วมในการวิจัยเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤติและใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างรุนแรงเช่น หายใจเหนื่อยหอบมาก เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 33 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหรือดูแลประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง 2) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นญาติหรือผู้ใกล้ชิด มิใช่ผู้ที่ถูกว่าจ้างมาดูแลผู้ป่วยและมิใช่อาสาสมัคร และมิใช่ผู้นำหมู่บ้านหรือมิใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีประวัติโรค ทางจิตเวช คือ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคจิต โรคสมองเสื่อม โรคบกพร่องทางสติปัญญาที่รักษาไม่หายขาดหรือโรคไม่สงบก่อนผู้ป่วยได้รับวินิจฉัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ซักประวัติใช้สารเสพติดหรือสารอื่น ๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติดในช่วงเกิน 1 เดือน จะถูกคัดออกรวมถึงในผู้ดูแลที่มีการใช้ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการศึกษา เนื่องจากสารเสพติดมีผลต่อสารสื่อประสาทของสมองที่อาจส่งให้เกิดอาการทางจิตได้ ส่วนยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริม อาจมีส่วนผสมของสารที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ เช่น อารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น[10]

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาด้วยวิธี Estimated sample size for one samples with repeated measures (ANCOVA) โดยมีค่า parameter ของคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลจากการศึกษาที่ผ่านมา[11] ดังนี้ ก่อนทดลอง 14.22±7.31 คะแนน, หลังทดลอง 9.69±6.78 คะแนน, กำหนดระดับนัยสำคัญ หรือ type-I error 0.05 Power of test 0.90 Side of test (two-sided) ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 33 ราย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย:

อาการรบกวน หมายถึง กลุ่มอาการต่าง ๆ ทางร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก ถ่ายเหลว ท้องผูก อ่อนแรง เหนื่อยล้า มีความผิดปกติทางช่องปาก เช่น แผลในปาก ปากแห้ง เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินความทุกข์

ทรมานจากอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)[12]

ผลลัพธ์การดูแล หมายถึง การรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย โดยประเมินจากแบบประเมินผลลัพธ์การดูแล (Palliative Care Outcome Scale, POS) เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ[13]

ภาวะเครียด หมายถึง สภาวะทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่เกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ และทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ความเครียดในระดับพอดี ๆ จะช่วยกระตุ้นให้มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ ช่วยผลักดันให้เอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การละเลยและไม่ได้จัดการกับความเครียดที่เกิดเป็นประจำทุกวัน จะก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งหากมากเกินไปและคงอยู่เป็นเวลานานจะบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพใจ [14]

ผู้ดูแลผู้ป่วย คือ คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยบุคคลดังกล่าวมักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจและไม่ได้รับค่าตอบแทน โดยอาจจะเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายรวมถึงภาวะความพิการที่หลงเหลืออยู่ที่นับวันมีแต่จะแย่ลงจนถึงเสียชีวิต[15] ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น (Z51.5) หรือให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมตามความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[16]

โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน หมายถึง โปรแกรมที่ทีมผู้วิจัยใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยแนวคิดการจัดการรายกรณีและแนวคิดจากรูปแบบการดูแลประคับประคองที่ได้มาตรฐาน[11,12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการโรค (Disease Management) 2) การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณและวางแผนการดูแล 3) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล 4) การติดตามและการประเมินผล

ตัวแปรที่ศึกษา:

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน

ตัวแปรตาม

1. อาการรบกวน
2. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วย
3. ภาวะเครียดของผู้ดูแล

วิธีการในการรวบรวมข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา:

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึก ดังต่อไปนี้

ก. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative performance Scale, PPS) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (70-100%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)[17,18]

ข. แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)[14] เพื่อประเมินระดับความรุนแรง 9 อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มีระดับคะแนน 0 (ไม่มีอาการนั้นเลย) และคะแนน 10 (รู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงที่สุด) โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นค่าคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง

ค. แบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ[11] ดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นานๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนสองข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อจากข้อคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการ ความทุกข์หรือปัญหารบกวนคุณภาพชีวิตมาก แต่หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

ง. แบบวัดความเครียดฉบับย่อ (ST5) ของผู้ดูแลหลัก เป็นคำถามเพื่อประเมินความเครียดที่เหมาะสำหรับคัดกรองภาวะเครียดในชุมชนและมี

ความตรงสูง คำถามมี 5 ข้อ ที่ประเมินปัญหาการนอน การมีสมาธิ น้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวายใจว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ/เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน ลักษณะคำถามปลายปิด 5 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ แปลผลโดย คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดป่านกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด[19]

จ. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง:

ได้แก่ โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน ซึ่งการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยและคณะแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติและเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ชี้แจงถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย พร้อมแจกเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยหากยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยและผู้ดูแลลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการรบกวนและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วย ตอบแบบประเมินความเครียด (ST-5) ด้วยตนเองก่อนการทดลอง ใช้เวลาทั้งสิ้น 3 นาที ซึ่งหากพบว่ามีคะแนน ST-5 มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จะได้รับการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลร้องกวาง

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เมื่อได้รับการประสานให้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามองค์ประกอบการดูแล 4 ส่วน ดังนี้

1) การจัดการโรค (Disease Management)

- ทบทวนประวัติและแผนการดูแลผู้ป่วยที่ผานมาอยางครอบคลุมจากโรงพยาบาล ที่ให้การรักษาผู้ป่วยทุกระดับ เพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2) การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ และวางแผนการดูแล

- ประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมตามแนวทาง INHOMESSS ร่วมกับใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัววินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล ประเมินและจัดการควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ร่วมกับแพทย์และเภสัชกร จัดการเบิกยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและญาติ

3) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล

- การประเมินความต้องการ โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว (IFFE) ประเมินความเครียด (ST-5) วางแผนการดูแลล่วงหน้า และจัดประชุมครอบครัว ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ

4) การติดตามและประเมินผล

- ติดตามผลเป็นระยะ ๆ วันต่อวัน ทั้งทางโทรศัพท์ ทางไลน์ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติ และทางการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการจัดการ

ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยใน 24 ชม. ที่ผ่านมา และให้การดูแลเป็นระยะ ๆ ในการจัดการอาการตามอาการและให้ข้อมูลผลการตรวจ แผนการรักษา ให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการรบกวนและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลหลังการทดลอง ในวันที่ 3-7 ของการติดตามดูแลหรือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 ผู้ดูแลผู้ป่วย ตอบแบบประเมินความเครียด (ST-5) ด้วยตนเองหลังการทดลอง ในวันที่ 3-7 ของกการติดตามดูแลหรือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ใช้เวลาทั้งสิ้น 3 นาที ซึ่งหากพบว่ามีคะแนน ST-5 มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จะได้รับการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลร้องกวาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิตตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล:

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อศึกษาการกระจายของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และจำนวน (Frequency), ร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน ด้วย paired t-test

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน ด้วย paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (Exemption Review Report) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ PPH No. 002/2566 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 66 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วย 33 ราย และกลุ่มผู้ดูแล 33 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.8 มีอายุระหว่าง 61-80 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 36.4 ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 75.6 และอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 33.4 ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.7 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 61-80 ปี ร้อยละ 30.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 และอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 33.4 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 24.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วย		กลุ่มผู้ดูแลหลัก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	60.6	7	21.2
หญิง	13	39.4	26	78.8
สถานภาพสมรส				
โสด	2	6.1	6	18.1
คู่	26	78.8	23	69.7
หม้าย	5	15.1	2	6.1
หย่า/แยก	0	0.0	2	6.1
อายุ (ปี)				
21-40	1	3.0	8	24.2
41-60	12	36.4	15	45.5
61-80	20	60.6	10	30.3
ศาสนา				
พุทธ	33	100.0	33	100.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	25	75.6	17	51.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.1	3	9.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	12.2	4	12.2
ปริญญาตรี	2	6.1	9	27.3
อาชีพ				
ว่างงาน	14	42.4	11	33.4
รับราชการ	1	3.0	1	3.0
เกษตรกรรม	11	33.4	8	24.2
รับจ้างทั่วไป	3	9.1	7	21.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	9.1	4	12.2
พนักงานเอกชน	1	3.0	0	0.0

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.5 มีการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 36.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-6 เดือน ร้อยละ 78.8 (เฉลี่ย 4.3±3.4 เดือน) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน (PPS) อยู่ในช่วง 40-60 % ร้อยละ 90.9 อาการรบกวนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 63.6 และ 54.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรค ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย ระดับคะแนนสถานะและอาการรบกวนทางกายของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง

ข้อมูลโรคและอาการของผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็ง	17	51.5
โรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	12	36.4
โรคหลอดเลือดสมอง	4	12.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายของผู้ป่วย (เดือน)		
1-6	26	78.8
7-12	7	21.2
mean (±SD)	4.3	(±3.4)
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (PPS)		
40-60	30	90.9
10-30	3	9.1
อาการรบกวน		
ปวด	22	66.7
อ่อนเพลีย	21	63.6
คลื่นไส้/อาเจียน	14	42.4
ซึมเศร้า	2	6.1
วิตกกังวล	8	24.2
ง่วงซึม	2	6.1
เบื่ออาหาร	18	54.5
เหนื่อยหอบ	17	51.5

ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 42.24±6.3 และ 21.61±5.5 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 19.97±1.9 และ 13.42±2.7 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ส่วนผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.49±1.6 และ 0.55±0.6 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวมและผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม	42.24	6.3	21.61	5.5	<0.001
ผลลัพธ์การดูแลโดยรวม	19.97	1.9	13.42	2.7	<0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ภาวะเครียดของผู้ดูแล	2.49	±1.6	0.55	±0.6	<0.001

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลังใช้โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น มีอาการรบกวนทางกายลดลง มีความสุขสบายขึ้นภาวะซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[20-22]

การดูแลภาวะเครียดของผู้ดูแล หลังใช้โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้านช่วยให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบว่า อาการของผู้ป่วยที่ทรุดลงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวลมากขึ้น[23]

การได้รับการดูแล การสนับสนุนความรู้ ทักษะและทรัพยากรตามที่จำเป็น โดยทีมสหวิชาชีพ จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วยลดลงในขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษาไม่หายและผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลง แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคองที่บ้านโดยมีแนวปฏิบัติ

ของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจนจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว[8,9]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาที่ได้ใช้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านให้กับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลในการนำไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาลร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และควรติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการขยายเวลาในการติดตามผลลัพธ์ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น ทุก 1-2 สัปดาห์ หรือทุก 1 เดือน เพื่อติดตามอาการและปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตามพยาธิสภาพและสถานการณ์

สรุป

การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน เพิ่มผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน รวมถึงทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลร้องกวางที่ร่วมดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข “กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สามดีพริ้นติ้งอีคริปเมนท์; 2562.
2. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. ดาริน จตุรภัทรพร. สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
4. World Health Organization. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action: Published collaboratively by the Cross Cluster Initiative on Home-based Long-term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health and the Department of HIV /AIDS, Family and community Health. World Health Organization; 2002.
5. จรูญศรี มีหนองหว้า, พรรณทิพา แก้วมาตย์, สอาด มุ่งสิน, เยาวเรศ ประภาษานนท์, อุดมวรรณ วันศรี, ญาณี แสงสาย, และคณะ.

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;24(2):37-47.

6. วิษณุ มงคลคำ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(2):291-306.
7. โรงพยาบาลร้องกวาง. งานการพยาบาลในชุมชน สถิติผู้ป่วยดูแลประคับประคองอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. แพร่: โรงพยาบาลร้องกวาง; 2565.
8. Labson MC, Sacco CMM, Weissman DE, Gornet B, Stuart FB. Innovative models of home-based palliative care. Cleveland clinic journal of Medicine 2013;8(e-supplement 1).
9. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients reciving inpatient and home-based palliative care. Journal of advanced nursing 2006;53(5):524-33.
10. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ยา วิพากษ์. จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;10(39): 3-7.
11. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง, กาญจนา วิลัย. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ เภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2563;16(2): 104-17.
12. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Palliative Care Toolkit. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
13. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
14. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก www. sorporsor.com
15. World Health Organization. Definition of palliative care. [Internet]. 2002. [cited 2022 November 10]; Available from: URL:https://www.who.int/cancer /palliative/definition/ en/
16. บังอร ไทรเกตุ. คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2556.
17. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. Journal of palliative care 1996;12(1):5-11.
18. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the palliative performance scale

(PPSV2). Palliative medicine 2012;26(8): 1034-41.

19. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความ เครียด ฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16(3),177-85.
20. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ, de Brito M. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. [cited 2023 January 11]. Available from: URL:https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007760.pub2/epdf/full
21. Artsanthia J, Tillaput J. The effect of palliative care to quality of life of people who living with end stage renal disease in community. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(1):226-35.
22. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. Journal of palliative medicine 2004;6(5):715-24.
23. รัชนี นามจันทรา, กนกพร นทีธนสมบัติ, สุมานี ศรีกำเหนิด. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียว 2009;10(1):59-67.