

นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
แบบองค์รวมของผู้ป่วยโรงพยาบาลชื่นชมและภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชื่นชม
Development of Palliative care system in the health community network,
Cheunchom hospital

มยุรี เลพล*
Mayuree Lepon*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้านให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การประเมินผลลัพธ์ และการพัฒนาปรับปรุง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับบริการที่คลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 72 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระยะท้ายของชีวิต และ 3) แบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษา : ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทั้ง 9 ด้านตามแบบประเมิน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประชุมร่วมกับครอบครัว (family meeting) และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้สามารถปลดเปลื้องภาระทางจิตใจได้ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการดูแล

สรุป : ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถลดความรุนแรงของอาการต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ยกกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ความรุนแรงของอาการ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Background : Palliative care plays a vital role in enhancing the quality of life for patients in the terminal stage and their families. Continuity of care at home after hospital discharge is essential to ensure comfort and dignity in the final stages of life. However, gaps in access to appropriate and contextually relevant services still exist, particularly at the community level. Therefore, it is necessary to develop an effective home-based palliative care system that ensures continuity of care and aligns with the local context and community needs.

Material and method : This study employed an action research design, conducted through a four-phase cycle: planning, acting, observing, and reflecting. The target group consisted of 72 terminally ill patients receiving care at the Palliative Care Clinic of Chuenchom Hospital, Maha Sarakham Province. The research instruments included: (1) the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), (2) an advance care planning questionnaire for end-of-life care, and (3) a follow-up form for palliative care outcomes. Data collection was conducted between April and September 2024. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results : Following the implementation of palliative care, patients showed a statistically significant reduction in the severity of all nine symptoms assessed using the Edmonton Symptom Assessment Scale (p -value < 0.001). All patients participated in structured family meetings and advance care planning. In addition, patients received spiritual care, which helped them achieve greater emotional and psychological relief compared to their condition prior to receiving palliative care.

Conclusion : The developed home-based palliative care system proved to be effective in ensuring appropriate and continuous care for terminally ill patients. It significantly reduced the severity of symptoms, enhanced patients' quality of life, and holistically addressed the physical, psychological, social, and spiritual needs of both patients and their families in a systematic manner.

Keywords : Palliative care, Symptom severity, Terminally ill patients

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคร้ายแรงหรือโรคระยะสุดท้าย โดยคำนึงถึงมิติต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สดวกดีศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เรียกว่า “การตายดี” ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การเสียชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดทรมานเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการเสียชีวิตโดยมีความสงบทางจิตใจและความพร้อมของครอบครัวในการยอมรับการจากไป⁽¹⁾

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน โดยโรคที่มีความต้องการดูแลมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (38.5%) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (34%) โรคระบบทางเดินหายใจ (10.3%) โรคเอดส์ (5%) และโรคเบาหวาน (4.6%) รวมถึงกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคตับ โรคปอดอักเสบเรื้อรัง พาร์กินสัน สมองเสื่อม วัณโรคดื้อยา และความพิการแต่กำเนิด เป็นต้น⁽²⁾ ข้อมูลล่าสุดจาก WHO ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นเป็น 73.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 56.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 หรือเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 74 ภายในระยะเวลา 30 ปี ความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) ถึงร้อยละ 83 และเพิ่มขึ้น ร้อยละ 46 ในประเทศรายได้สูง (HICs) สาเหตุหลักมาจากแนวโน้มของโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะสุดท้าย⁽³⁾ ในบริบทของประเทศไทย แม้จะมีการขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือชุมชนห่างไกล ผู้ป่วยจำนวนมากต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านโดยขาด

ระบบดูแลที่เหมาะสม สร้างภาระให้กับครอบครัว และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

จากข้อมูลของโรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเรื้อรัง⁽⁴⁾ เมื่อพิจารณาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบัน พบว่ายังมีข้อจำกัดหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลเกือบทั้งหมด โดยขาดการสนับสนุนด้านวิชาการหรือแนวทางการดูแลที่เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย นอกจากนี้ การทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังไม่มีรูปแบบการประสานงานที่ชัดเจน ทำให้การส่งต่อข้อมูลหรือแนวทางการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเกิดความล่าช้าหรือไม่ต่อเนื่อง ในส่วนของครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะในด้านการจัดการอาการเจ็บปวด การสื่อสารเรื่องการวางแผนล่วงหน้า และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีข้อจำกัด และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่สามารถให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเป็นระบบ มีการจัดทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทชัดเจน บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแล

ระยะท้ายอย่างครอบคลุม และมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทากาด (Kemmis & McTaggart) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนการพัฒนา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนเมษายน – กันยายน 2567

พื้นที่ศึกษา คลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม และภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. ทบทวนข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชื่นชม จากรายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. จัดการประชุมผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน โดยวิเคราะห์ปัญหาที่ต้องการแก้ไข ผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

3. ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง บริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทาง (Acting)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการเยี่ยมบ้านให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม. ในชุมชน

2. เผยแพร่เอกสารในการส่งต่อผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วย

3. จัดตารางในการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยแบบประคับประคอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การเยี่ยมบ้านประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

Pre-Home visit : การทบทวนข้อมูลและปัญหาแบบองค์รวมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนก่อนการออกเยี่ยมบ้านผ่านทางไลน์กลุ่มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชื่นชม

Home visit : ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน 1 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อย 1 คน

Post home visit : ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนในการแก้ปัญหาและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. ติดตามอาการของผู้ป่วยภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การติดตามอาการประกอบด้วย การนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และ telemedicine เพื่อประเมินอาการและผลลัพธ์เปรียบเทียบกับก่อนและหลังการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตเพื่อประเมินผลลัพธ์ (Observe) ประเมินผลการศึกษากับตัวชี้วัด 3 ส่วน ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยระยะท้ายด้วยแบบประเมิน Edmonton symptom assessment (ESAS)

2. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต

3. การได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยเก็บจากตัวชี้วัดร้อยละที่สำคัญของการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (KPI)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วยผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชื่นชมระหว่าง 22 เมษายน – 20 กันยายน 2567 จำนวน 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชื่นชม

คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลชื่นชม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้แบบประเมิน Edmonton symptom assessment (ESAS)

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต

2.3 แบบประเมินการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง โดยเก็บ

จากตัวชี้วัดร้อยละที่สำคัญของการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (KPI)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลลัพธ์ที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานของประชากรและความชุกของผลลัพธ์ที่สนใจศึกษาจะรายงานด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยข้อมูลแบบแบ่งกลุ่ม (Categorical data) รายงานเป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continue data) รายงานเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ แต่หากข้อมูลมีการกระจายแบบเบ้จะรายงานเป็นค่ามัธยฐาน (mean) และค่าสูงสุด (Range)

3.2 ข้อมูลผลลัพธ์เฉพาะ

3.2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2.2 สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบการติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนและหลังการรับการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Reflecting)

1. นำเสนอผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปัญหา และอุปสรรคการดำเนินงานแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล โดยนำเสนอตามตัวชี้วัดผลลัพธ์

2. ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อหาโอกาสพัฒนา แก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่องในกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลชินชม จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 03/2567 ลงวันที่ 8 เมษายน 2567 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและให้อิสระผู้เข้าร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่ไม่รู้สึกสะดวก

ผลการศึกษา

1. ลักษณะประชากร

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 โดยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 71 - 80 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.94 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

ข้อมูลด้านความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative performance scale : PPS) พบว่า ก่อนรับการรักษาแบบประคับประคองส่วนใหญ่ มีระดับ PPS 30 คะแนน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 และหลังการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่มีระดับ PPS 30 คะแนน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1

2. ผลลัพธ์ด้านการติดตามอาการของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้ Edmonton symptom assessment scale : ESAS โดยประเมินความรุนแรงของอาการทั้งหมด 9 อาการ

ด้านอาการปวด พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 4.29 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 2.28 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการเหนื่อย พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 7.19 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 3.65 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการอาเจียน พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 3.15 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 2.06 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการเสี้อ พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 3.92 และหลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 1.82 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการกังวล พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 5.51 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 2.47 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการร่วง พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 2.72 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 1.64 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการอยากอาหาร พบว่า ก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 5.97 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 3.54 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านความสบายใจ พบว่าก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 5.04 หลังจากรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 6.42 คะแนน (p-value < 0.001)

ด้านอาการหอบเหนื่อย พบว่า ก่อน
ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ 7.36
หลังจากได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ
3.81 คะแนน (p-value < 0.001)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย (Baseline Characteristic)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการักษาแบบประคับประคอง			
	ก่อนพัฒนาระบบ (n = 72)		หลังพัฒนาระบบ (n = 72)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	39	54.2	39	54.2
หญิง	33	45.8	33	45.8
อายุ (ปี)				
51 - 60 ปี	7	9.72	7	9.72
61 - 70 ปี	13	18.06	13	18.06
71 - 80 ปี	23	31.94	23	31.94
81 - 90 ปี	14	19.44	14	19.44
91 - 100 ปี	5	6.94	5	6.94
อาชีพ				
รับราชการ	1	1.4	1	1.4
เกษตรกร	57	79.2	57	79.2
หม้าย	17	23.6	17	23.6
หย่าร้าง	3	4.2	3	4.2
การวินิจฉัยโรคหลัก				
กลุ่มไม่ใช่โรคมะเร็ง	61	84.7	61	84.7
กลุ่มมะเร็ง	11	15.3	11	15.3
จำนวนโรคร่วม				
ไม่มี	19	26.4	19	26.4
1 โรค	4	5.6	4	5.6
2 โรค	18	25.0	18	25
3 โรค	19	26.4	19	26.4
4 โรค	4	5.6	4	5.6
5 โรคขึ้นไป	8	11.1	8	11.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale : PPS)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาระบบประคับประคอง			
	ก่อนพัฒนาระบบ (n = 72)		หลังพัฒนาระบบ (n = 72)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Palliative performance scale PPS				
PPS 10	1	1.4	3	4.2
PPS 20	7	9.7	20	27.8
PPS 30	30	41.7	26	36.1
PPS 40	7	9.7	3	4.2
PPS 50	15	20.8	5	6.9
PPS 60	8	11.1	11	15.3
PPS 70	1	1.4	3	4.2
PPS 80	3	4.2	1	1.4
PPS 90	0	0	0	0
PPS 100	0	0	0	0

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านการประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้ Edmonton symptom assessment scale

Edmonton symptom assessment scale : ESAS เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้ารับการรักษาระบบ ประคับประคอง	Paired sample test		
	Paired Differences	Significant	
	95% Confidence Interval of the Difference	t-test	p- value
ปวด	2.698	5.874	<0.001
เหนื่อย	4.112	12.387	<0.001
อาเจียน	1.676	3.782	<0.001
เศร้า	2.731	6.599	<0.001
กังวล	3.649	9.98	<0.001
ง่วง	1.606	4.131	<0.001
อยากอาหาร	3.039	7.968	<0.001
ความสบายใจ	-0.705	-7.093	<0.001
หอบเหนื่อย	4.27	9.927	<0.001

3. ผลลัพธ์ด้านการวางแผนเพื่อการดูแล ล่วงหน้าด้านวิถีชีวิตและสุขภาพ

สิ่งที่ผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างมากที่สุด พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง คือ การได้ใช้เวลากับครอบครัวหรือคนที่รัก จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ การได้ใช้เวลากับครอบครัวหรือคนที่รัก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.788$)

สิ่งที่ผู้ป่วยกังวล เมื่อต้องอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคอง คือ ได้รับการรักษาที่รุกราน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ ได้รับการรักษาที่รุกราน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.154$)

ฉันเห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญมากกว่าการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนาน พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคองส่วนใหญ่ คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ฉันไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานในสภาวะทุพโภชนาการ/เป็นภาระของผู้อื่น/ติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคองส่วนใหญ่ คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 84.1 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ฉันยอมตายดีกว่าถ้าต้องอยู่ในสภาวะติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือจำใครไม่ได้ พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคอง คือ ไม่เห็นด้วย จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ฉันไม่ต้องการอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ฉันไม่ต้องการการการรักษาที่ช่วยชีวิต ถ้าผลลัพธ์ของการรักษาแล้วสุดท้ายต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคอง คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ฉันต้องการดูแลจากทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคอง พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาประคับประคอง คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 72.2 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ฉันต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่าที่อื่นๆ พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ถ้าฉันใกล้เสียชีวิต ฉันต้องการใช้เวลาที่เหลืออยู่ที่ไหน พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษา ประคับประคอง คือ บ้าน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง คือ บ้าน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ผลลัพธ์ด้านการติดตามตามตัวชี้วัด การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สำคัญ

ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Family meeting พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และหลังรับ การรักษาแบบประคับประคอง มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ advance care planning พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับ ประคอง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 และ หลังรับการรักษาแบบประคับประคอง มีจำนวน 72 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยพบว่ามี ความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแล ทางด้านจิตวิญญาณ ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ (spiritual care) พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบ ประคับประคอง พบว่า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวด และการจัดการอาการต่างๆ ด้วย opioid อย่างมี คุณภาพ ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และหลัง รับการรักษาแบบประคับประคอง มีจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 81.9 โดยพบว่ามี ความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ผู้ป่วยได้รับการประสานส่งต่อให้ เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน/ โทรศัพท พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยได้รับการประสานส่งต่อให้เครือข่ายทีม สุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน/โทรศัพท จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และหลังรับการรักษาแบบ ประคับประคอง มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p -value < 0.05)

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีม สหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลชื่นชม พบว่า ก่อนเข้า รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 และหลังรับการรักษาแบบ ประคับประคอง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการวางแผนเพื่อการดูแลล่วงหน้าด้านวิถีชีวิตและสุขภาพ

การวางแผนเพื่อการดูแลล่วงหน้าด้านวิถีชีวิตและสุขภาพ	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง				p-value
	ก่อนพัฒนาระบบ (n = 72)		หลังพัฒนาระบบ (n = 72)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. สิ่ง que ผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างมากที่สุด	27	37.5	30	41.7	0.788
2. สิ่ง que ผู้ป่วยกังวล เมื่อต้องอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	31	43.1	30	41.7	0.154
3. ฉันเห็นว่า คุณภาพชีวิต มีความสำคัญมากกว่าการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนาน	57	79.2	72	100	<0.001
4. ฉันไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานในสภาวะทุพพิกขัทรมาณ/เป็นภาระของผู้อื่น/ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	53	73.6	61	84.1	<0.001
5. ฉันยอมตายดีกว่าถ้าต้องอยู่ในสภาวะติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือจำใครไม่ได้	54	75	66	91.7	<0.001
6. ฉันไม่ต้องการอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวันทั้งหมด	58	80.6	48	66.7	<0.001
7. ฉันไม่ต้องการการรักษาที่ช่วยชีวิต ถ้าผลลัพธ์ของการรักษาแล้วสุดท้ายต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	53	73.6	65	90.3	<0.001
8. ฉันต้องการดูแลจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	52	72.2	53	73.6	<0.001
9. ฉันต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่าที่อื่นๆ	38	52.8	49	68.1	<0.001
10. ถ้าฉันใกล้เสียชีวิต ฉันต้องการใช้เวลาที่เหลืออยู่ที่ไหน	37	51.4	66	91.7	<0.001

ตารางที่ 5 ข้อมูลการเปรียบเทียบการติดตามตัวชีวิต

การติดตามตัวชีวิต	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษา แบบประคับประคอง				
	ก่อนพัฒนาระบบ		ก่อนพัฒนาระบบ		p-value
	(n = 72)		(n = 72)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Family meeting	20	27.8	72	100	< 0.001
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ advance care planning	29	40.3	72	100	< 0.001
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดและ การจัดการอาการด้วย opioid อย่างมีคุณภาพ	9	12.5	59	81.9	< 0.001
4. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลทางด้าน จิตวิญญาณ ปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ (spiritual care)	5	6.9	72	100	< 0.001
5. ผู้ป่วยได้รับการประสานส่งต่อให้เครือข่าย ที่มสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน/โทรศัพท์	6	8.3	72	100	< 0.001
6. อุปกรณ์ที่ใช้เพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน	54	75	46	63.9	< 0.001
7. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	4	5.6	72	100	< 0.001

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ด้านการติดตามอาการของ
ผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการประเมินอาการของ
ผู้ป่วยโดยใช้ Edmonton symptom assessment
scale : ESAS โดยประเมินความรุนแรงของอาการ
ทั้งหมด 9 อาการ พบว่า เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เมื่อติดตาม
อาการเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการรักษา
แบบประคับประคอง ความรุนแรงของอาการต่างๆ
ทั้ง 9 ด้านได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า
มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Caterina
Modonesi MD และคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งจากผลการศึกษา
พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
ช่วยให้มีอาการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยมีความรุนแรง
ลดลง

ผลลัพธ์ด้านการวางแผนเพื่อการดูแล
ล่วงหน้าด้านวิถีชีวิตและสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านการ
วางแผนเพื่อการดูแลล่วงหน้าด้านวิถีชีวิตและ
สุขภาพ พบว่า สิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเป็น
อย่างมาก คือ การได้ใช้เวลากับครอบครัวหรือคน
ที่รัก สิ่ง que ผู้ป่วยมีความกังวล เมื่อต้องอยู่ในภาวะ
เจ็บป่วยที่รุนแรง คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊ม
หัวใจที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือเมื่อท้ายที่สุด
ผลลัพธ์ของการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องกลายเป็น
ผู้ป่วยติดเตียงหรือต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น
อย่างสมบูรณ์ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการได้รับการ
การรักษาจากทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ D.B Liberman และคณะ⁽⁶⁾ โดยทำการศึกษานำรูปแบบการรักษาแบบประคับประคองสำหรับบริการปฐมภูมิ (PCPs) เมื่อการศึกษาเสร็จสิ้นครอบครัวส่วนใหญ่มองว่าข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองมีประโยชน์มาก และสำคัญมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบมุมมองและความต้องการในการได้รับการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง การวางแผนเพื่อการรักษาล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้จะเสียชีวิต

ผลลัพธ์ด้านการติดตามตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สำคัญ

ผลการติดตามตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยได้รับการทำ Family Meeting การวางแผนเพื่อการดูแลล่วงหน้า และได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ปลอดภัยสิ่งที่ค้างคาใจมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น พบว่า จากการทบทวนวรรณกรรมมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์ และคณะ⁽⁷⁾ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความต้องการและผลลัพธ์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการศึกษาเวชระเบียนเกี่ยวกับความต้องการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 226 คน ส่วนใหญ่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 92.47 ประเด็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลจริงตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในประเด็นการยกเว้นใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 98.08 ด้านการยกเว้นการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต คิดเป็นร้อยละ

99.06 และด้านสถานที่เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 87.21

หลังจากเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด และอาการต่างๆ โดยการใช้ opioid มากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Yoshihiko Taniguchi และคณะ⁽⁸⁾ การศึกษานี้วิเคราะห์ผู้ป่วย 124 ราย ที่เป็น มะเร็งปอดและมีอาการหายใจลำบาก คะแนนการหายใจลำบากทั้ง NRS และ IPOS/STAS ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 24 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ opioid การศึกษาดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า opioid มีประสิทธิผล และปลอดภัยในการรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด

สรุปผล

จากผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ ด้านอาการของผู้ป่วยโดยใช้ Edmonton symptom assessment scale : ESAS และตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สำคัญในทุกด้าน

ส่วนการประเมินผู้ป่วยด้านการวางแผนเพื่อการดูแลล่วงหน้าด้านวิถีชีวิตและสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วย ได้แก่ ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานในสภาวะทุกข์ทรมาน/เป็นภาระของผู้อื่น/ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยยอมตายดีกว่าถ้าต้องอยู่ในสภาวะติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือจำใครไม่ได้ ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด ผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาที่ช่วยชีวิต ถ้าผลลัพธ์ของการรักษาแล้วสุดท้ายต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการดูแลจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่าที่อื่นๆ ถ้าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตต้องการ

ใช้เวลาที่เหลืออยู่ที่บ้าน และถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

ด้านสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่า มีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างมากที่สุด และกรณีเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงที่โอกาสรอดชีวิตน้อยมากหรือแม้มีโอกาสรอดชีวิต แต่หลังจากการรักษาฉันจะอยู่ในภาวะที่ฉันยอมรับตัวเองไม่ได้ ขอบเขตการรักษาที่ฉันต้องการ คือ รักษาเพื่อลดความทรมาน โดยไม่ใช้เครื่องมือพยุงชีพหรือการรักษาที่เพียงเพื่อยื้อชีวิต และฉันยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรค พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามก่อนเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง และหลังรับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยเห็นด้วยมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นแนวทางหลักเพื่อการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป้าหมายที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ เกิดการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ และสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากที่สุดไปได้เป็นอย่างดี รวมถึงเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลรักษามากที่สุด ดังนั้นควรมีการนำวิเคราะห์ปัญหาเป็นรายกรณี เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). 2563.
2. World Health O. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 global survey. World Health Organization; 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/370423>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. โรงพยาบาลชื่นชม. รายงานการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลชื่นชมประจำปีงบประมาณ 2564 - 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1bdLLygQhzlrySAqL3gsnGF4uAXTc88G/edit?gid=1545081024#gid=15450810243>.
5. Caterina Modonesi ES, Marco Maltoni, Stefania Dorni, Laura Fabbri, Francesca Martini, Elisabetta Sansoni, Dino Amadori,, Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System, Journal of Pain and Symptom Management 2005; 30(1): 367-373.

6. Liberman DB SE, Radbill LM, Pham PK, Derrington SF. Early introduction of palliative care and advanced care planning for children with complex chronic medical conditions: a pilot study. *Child Care Health Dev.* 2016 May; 42(3): 49-439.
7. Soontaranurak T. A study of the relationship of advance care planning with actual end of life care in patients receiving palliative care PTHJIM.
8. Taniguchi Y, Matsuda Y, Mori M, Ito M, Ikari T, Tokoro A, et al. Effectiveness and safety of opioids for dyspnea in patients with lung cancer: secondary analysis of multicenter prospective observational study. *Translational Lung Cancer Research.* 2022; 11(12): 402-2395.