

บทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

อรพรรณ คงศรีชาย* พย.ม.

นัยนา หนูนิล** Ph.D.(Nursing)

อุไร จเรประพาฬ*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ :

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิจัยสภาการพยาบาล เรื่องบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลปฏิบัติงานดูแลแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 33 ราย โดยการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามบทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล แนวคำถามกระบวนการดูแลแบบประคับประคองและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Mann-Whitney U Test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติงานในบทบาทการดูแลแบบประคับประคองภาพรวมมากกว่าพยาบาลที่คลินิกหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะบทบาทการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ การจัดการ/ช่วยบรรเทาอาการปวด และการประสานงานและดูแลเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายตามลำดับ สำหรับกระบวนการดูแล ประกอบด้วย การเตรียมการการดูแลที่บ้าน การสร้างเครือข่ายการดูแล การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการติดตามหลังเสียชีวิต และปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลทั้งสองแห่งคือ ขาดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ขาดการพัฒนาความรู้และอุปกรณ์ที่จำเป็น มีภาระงานมาก และบุคลากรไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ คือ 1) สนับสนุนนโยบายการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่ชัดเจน ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด และขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม 2) ให้การสนับสนุนความรู้โดยการอบรมและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ และ 3) กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนกรอบอัตรากำลังของพยาบาลให้เพียงพอและสอดคล้องกับภาระงาน

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยบริการปฐมภูมิ

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, E-mail nniayana@hotmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันที่รับบทความ 13 พฤษภาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 25 มิถุนายน 2563 วันตอบรับบทความ 1 กรกฎาคม 2563

Palliative Care Roles of Nurses in Primary Care Units of Health Region 11

Oraphan Khongsrichay M.N.S.*

*Naiyana Noonil** Ph.D. (Nursing)*

*Urai Jaraeprapal*** Ph.D. (Nursing)*

Abstract:

This descriptive study aimed to explore nurses' roles in the care of palliative patients at the primary units. It was a part of the Thailand Nursing and Midwifery Council Research Project, entitled "Roles and Responsibilities of Nurses in Driving Primary Health Care Systems." Multi-stage sampling was used to select 33 nurses who worked in palliative care at the primary units of Health Region 11. The study instruments consisted of the Nursing Roles in Palliative Care Questionnaire, the Interview Guide of Palliative Care Process, and the Interview Guide of Problems and Barriers of Working. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, and content analysis. The results revealed that nurses in the sub-district health-promoting hospital (PCU) performed the overall palliative care roles more than nurses in the primary care cluster (PCC). In particular, nurses' roles consisted of creating a team of a health care partnership in the community; giving knowledge and skills training for caregivers and relatives; pain management/pain relief; and cooperating and providing holistic care in the end of life; respectively. The care process included: preparation; home health care; creating caregiver networks; strengthening caregivers' potential, and visiting the family of the deceased patients at home. The obstacles for working of nurses in both the PCC and PCU included a lack of a clear policy on palliative care in the primary care level, a lack of knowledge development and necessary equipment, a heavy workload, and insufficient personnel. The results of this study suggest: 1) establishing a policy supporting palliative care and implementing concrete actions to in all levels, 2) providing knowledge development through training and support, as well as, providing necessary equipment, and 3) the Ministry of Public Health should review the workforce frame for the supply of sufficient numbers of nurses based on workloads.

Keywords: Roles of nurses, Palliative care, Primary care unit

**Master's Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, School of Nursing, Walailak University*

***Corresponding author, Assistant Professor, School of Nursing, Walailak University, E-mail: nnaiyana@hotmail.com*

****Assistant Professor, School of Nursing, Walailak University*

Received May 13, 2020, Revised June 25, 2020, Accepted July 1, 2020

ความสำคัญของปัญหา

จากความก้าวหน้าวิทยาการแพทย์และเทคโนโลยีด้านการรักษา ส่งผลให้สามารถยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานขึ้น องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 40 ล้านคนต้องการการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ 78 แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลนี้¹ ทำให้การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญอย่างยิ่งและมีแนวโน้มความต้องการเพิ่มสูงขึ้นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต สำหรับประเทศไทย มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก โดยได้บัญญัติกฎหมายเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพตั้งประกาศใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 มาตรา 12 ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”² และในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งใน 19 สาขาของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)³

ผู้ป่วยระยะท้ายมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการดังกล่าว⁴ การดูแลจึงเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ⁵ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ต้องเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการดูแลทั่วไป การจัดการอาการปวดและอาการ

รบกวนต่าง ๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายทางจิตใจจากความกลัวและความกังวลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่และจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน⁶ โดยหลักการดูแลแบบประคองขององค์การอนามัยโลก^{1,7} ประกอบด้วย 1) การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักหรือเป็นศูนย์กลางในการดูแล 2) การให้บริการที่ครอบคลุมแบบองค์รวมตามความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว 3) การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ผู้นำทางศาสนา จิตอาสา และอาสาสมัครต่าง ๆ และคนในชุมชนทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน และ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ปัจจุบัน แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีความสนใจและให้ความสำคัญกับดูแลแบบประคับประคองโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นพื้นฐาน⁸ ซึ่งเป็นการจัดระบบบริการที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทุกระยะของการดำเนินโรคจนถึงระยะใกล้เสียชีวิต แต่สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ยังเป็นเพียงการดำเนินงานตามระดับของศักยภาพการให้บริการสุขภาพของหน่วยงาน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งพบว่ามี 3 รูปแบบ⁶ คือ 1) การใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน เช่น โรงพยาบาลศรีสะเกษ⁹ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน¹⁰ และโรงพยาบาลตะกั่วป่า¹¹ เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 2) การใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 3) การรวมกลุ่มของจิตอาสาสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการศึกษาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 12 เขต⁶ พบว่า สมรรถนะส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ/จิตสังคัมและสังคัม ด้านการสื่อสารและทำงาน

เป็นทีมด้านจริยธรรม ด้านวัฒนธรรม และด้านการสอน ให้ความรู้ ยกเว้นด้านทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองส่งผลต่อการปฏิบัติกรดูแลแบบ ประคับประคองอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ¹²

สำหรับบทบาทพยาบาลการดูแลประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 11 ส่วนใหญ่เป็นบริการในโรงพยาบาล สำหรับในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าพยาบาลมีบทบาท เพียงการดูแลต่อเรื่องที่บ้านเท่านั้นไม่พบแนวทาง ปฏิบัติอื่น ๆ ที่ชัดเจน นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาใน เขตสุขภาพที่ 11 ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทการ ดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาบทบาทการดูแล แบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการปฐม ภูมิเขตสุขภาพที่ 11 รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่อการ ปฏิบัติงานของพยาบาลซึ่งผลของการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูล พื้นฐานในการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบในการ ดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการ ปฐมภูมิให้มีความชัดเจน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ตามมาตรฐานที่กำหนด การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอ เชนโยบายตลอดจนพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ เหมาะสมตามบทบาทพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทและกระบวนการการดูแล แบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาบทบาทการดูแล แบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบ ประคับประคองตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชนของ สำนักการพยาบาล¹³ ประกอบด้วย การประเมินและ ค้นหาปัญหาและความต้องการ การประสานข้อมูลและ อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น การติดตามเยี่ยมหลังออก จากโรงพยาบาลภายใน 5 วัน การให้ความรู้และฝึก ทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ การให้การดูแลตาม ปัญหาและความต้องการ การจัดการ/ช่วยบรรเทาอาการ ปวด การบรรเทาความไม่สบาย เช่น การไอ ท้องผูก เป็นต้น การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การ ประสานงานและดูแลเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้าย และการ ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันโดยใช้ กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตั้งแต่ ระยะเวลาเตรียมการ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการดูแล การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ระยะดำเนินการ เน้นการดูแลต่อเรื่องที่บ้าน เช่น การประเมินสุขภาพ การกำหนดปัญหา/ความต้องการที่สอดคล้องกับ ความ ต้องการถูกต้องและต่อเนื่อง กิจกรรมการพยาบาล และ ระยะการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติ โดยการบันทึก และรายงานทางการพยาบาลรวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับ ประคองของพยาบาล เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจ ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วย บริการปฐมภูมิ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ นโยบายการจัดบริการการ ดูแลแบบประคับประคอง การสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยสภากาพยาบาล เรื่องบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹⁴ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง และกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการดูแลแบบประคับประคองและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 เป็นคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 104 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 679 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 783 แห่งโดยกำหนดหน่วยบริการปฐมภูมิแทนหน่วยประชากรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 11 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ¹⁵ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 90 ช่วงความคลาดเคลื่อน .10 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 31 คน จากหน่วยบริการตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 11 ไม่น้อยกว่า 20 แห่งซึ่งเป็นส่วนสัดส่วนของโครงการวิจัยบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของสภากาพยาบาล¹⁴ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 4 จังหวัดจากทั้งหมด 7 จังหวัด ได้จังหวัดนครศรีธรรมราช พังงา กระบี่ และสุราษฎร์ธานี 2) เลือกอำเภอจากแต่ละจังหวัดที่ถูกคัดเลือก โดยเจาะจงเลือกอำเภอที่มีคลินิกหมอครอบครัว 1 แห่ง (ยกเว้นจังหวัด

นครศรีธรรมราช มีคลินิกหมอครอบครัว 2 แห่ง) และสุ่มเลือกอีก 2 อำเภอ 3) สุ่มอย่างง่าย เลือก รพ.สต. อำเภอละ 2 แห่ง รวมหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น 20 แห่ง (คลินิกหมอครอบครัว 5 แห่ง และ รพ.สต. 15 แห่ง) และ 4) เจาะจงเลือกพยาบาลที่รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 20 แห่ง ได้พยาบาลทั้งหมด 33 ราย (คลินิกหมอครอบครัว 18 คน และ รพ.สต. 15 คน) ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากโครงการวิจัยบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยสภากาพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาลในโครงการวิจัยบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹⁴ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (Nurse Practitioner: NP) และเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) รายได้ ประสบการณ์ การอบรมเฉพาะทาง และ 2) บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง มี 10 บทบาท ประกอบด้วย การประเมินและค้นหาปัญหาและความต้องการ การประสานข้อมูลและอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น การติดตามเยี่ยมหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 5 วัน การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ การให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการการจัดการ/ช่วยบรรเทาอาการปวดการบรรเทาความไม่สบาย เช่น การไอ ท้องผูก เป็นต้น การสร้างทีมอาสาสมัคร/จิตอาสาในชุมชนการประสานงานและดูแลเมื่อเข้าสู่ภาวะ

สุดท้ายและการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันโดยแต่ละบทบาทมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 พยาบาลจะให้คะแนนตามที่ได้ปฏิบัติจริง แปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้ ไม่มีบทบาทเลย (0) มีบทบาทน้อย (≤ 25 คะแนน) มีบทบาทปานกลาง (26-50 คะแนน) มีบทบาทมาก (51-75 คะแนน) และมีบทบาทมากที่สุด (76-100 คะแนน) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .95 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .95

ชุดที่ 2 แนวคำถามและสังเกตกระบวนการดูแลแบบประคับประคองพัฒนาตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่ระยะเตรียมการ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการดูแล การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ระยะดำเนินการ เน้นการดูแลต่อที่บ้าน เช่น การประเมินสุขภาพ การกำหนดละปัญหา/ความต้องการที่สอดคล้องกับความต้องการถูกต้องและต่อเนื่อง กิจกรรมการพยาบาล และระยะการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติ เป็นอย่างไร และได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณภาพตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ .95

ชุดที่ 3 แนวคำถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล พัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น นโยบายการดูแลแบบประคับประคอง การสนับสนุนการทำงาน การเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นและอื่น ๆ เป็นอย่างไร ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณภาพตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-19-100-01 เมื่อวันที่

16 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ประโยชน์และวิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ ข้อมูลหรือคำตอบที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับโดยปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอผลการศึกษารูปแบบของเลขรหัสแทนชื่อ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การปฏิเสธเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดโดยสำเนาหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ และ ผอ.รพ.สต. ที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองทางโทรศัพท์ เพื่อจัดส่งแบบสอบถามบทบาทพยาบาลทางไปรษณีย์ และนัดหมายวัน เวลาในการเก็บแบบสอบถามและนัดหมายผู้ใช้บริการในพื้นที่เพื่อสังเกตการปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

3. เดินทางไปหน่วยบริการเป้าหมาย เพื่อเก็บแบบสอบถามและลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4. หลังจากสังเกตการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์พยาบาลเพิ่มเติมในประเด็นปัญหาอุปสรรคต่อการดูแลแบบประคับประคองที่หน่วยบริการและขออนุญาตบันทึกเสียงโดยไม่มีกรกล่าวหรือขานชื่อผู้ให้ข้อมูล จัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพและความเป็นกันเอง ในบรรยากาศที่

ผ่อนคลาย รับฟังอย่างตั้งใจไม่ตัดสินและทำความเข้าใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง และนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมกรณีมีประเด็นที่ไม่ชัดเจน โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติเชิงอ้างอิง ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของ บทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลใน คลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. ด้วย Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกันแต่ มีการแจกแจงไม่ปกติ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการดูแล แบบประคับประคอง ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็น (thematical analysis) โดย การจัดหมวดหมู่ประเด็นสาระสำคัญของข้อมูลจาก ข้อคิดเห็น โดยทีมวิจัย 3 คน ซึ่งมีประสบการณ์การวิจัย เชิงคุณภาพช่วยกันตรวจสอบความตรงของแนวคิด ทฤษฎี (dependability) ความถูกต้องของการถอดเทป (confirmability) การให้รหัสข้อมูล (credibility) ความ สอดคล้องของการให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูล (axial coding) และการถ่ายโอนผลการ วิจัย (transferability) นอกจากนั้นหลังจากการวิเคราะห์ ข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งกลับข้อมูลให้พยาบาลช่วยตรวจสอบ ประเด็นสำคัญให้ตรงกับความรู้สึก/ข้อคิดเห็นของผู้ให้ ข้อมูลอีกครั้ง (confirmability)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.00) มีอายุเฉลี่ย 43.30 ปี (SD = 8.03) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ร้อยละ 18.20) เป็น พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. (ร้อยละ 75.00) และ ในคลินิกหมอครอบครัว (ร้อยละ 25.00) ประสบการณ์ การทำงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ เฉลี่ย 8.97 ปี (SD = 8.89) ระยะเวลาการปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับ ประคอง เฉลี่ย 6.94 (SD = 8.34) มีเพียงร้อยละ 18.20 ที่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (ร้อยละ 22.20) ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. (ร้อยละ 13.30)

บทบาทการดูแลแบบประคับประคองพบว่ พยาบาลในรพ.สต. มีค่ามัธยฐานของบทบาทโดยรวม สูงกว่าคลินิกหมอครอบครัว (Median = 92, IQR = 76.50-100 และ Median = 60, IQR = 28.75-88.50 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน การประเมินและ ค้นหาความต้องการ การให้ความรู้และฝึกทักษะการ ดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ การประสานงานและดูแลเมื่อ เข้าสู่ภาวะสุดท้าย การติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้เสียชีวิต ภายใน 30 วัน การจัดการ/ช่วยบรรเทาอาการปวด และ การให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบบทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในคลินิกหออครอบครัวและ รพ.สต. โดยสถิติ Mann-Whitney U Test

ภาพรวม	คลินิกหออครอบครัว (n = 18)			รพ.สต. (n = 15)			Z	p-value
	Median Rank	Mean	IQR	Median Rank	Mean	IQR		
1. ประเมินและค้นหาปัญหาและความต้องการ	50	13.89	20-100	100	20.73	60-100	-2.097	.036
2. ประสานข้อมูลและอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น	60	14.78	25-100	100	19.67	60-100	-1.507	.132
3. ติดตามเยี่ยมหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 5 วัน	55	14.11	31.25-100	100	20.47	70-100	-1.959	.050
4. ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ	60	13.94	20-100	100	20.67	80-100	-2.095	.036
5. ให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการ	60	14.11	20-100	100	20.47	80-100	-1.981	.048
6. จัดการ/ช่วยบรรเทาอาการปวด	50	14.06	34.50-100	100	20.53	80-100	-2.041	.041
7. บรรเทาความไม่สุขสบาย เช่น การไอท้องผูก ฯลฯ	60	14.36	34.50-100	100	20.17	60-100	-1.810	.070
8. การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน	42.50	12.89	15-85	100	21.93	70-100	-2.767	.006
9. ประสานงานและดูแลเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้าย	60	13.89	29.75-100	100	20.73	70-100	-2.094	.036
10. ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้เสียชีวิตภายใน 30 วัน	42.50	13.94	15-65	60	20.67	35-100	-2.015	.044
รวม	60	13.31	28.75-88.50	92	21.43	76.5-100	-2.412	.016*

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า กระบวนการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ การดูแลที่บ้าน การสร้างเครือข่ายการดูแลและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการติดตามหลังเสียชีวิตโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหออครอบครัว และ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่เหมือนกันแตกต่างกันบ้างตามบริบท ดังนี้

การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมข้อมูล และการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในขั้นตอนนี้พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหออครอบครัว และ รพ.สต. มีการดำเนินงานที่เหมือนกัน คือ เมื่อได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลผ่านระบบการส่งต่อของศูนย์ดูแลต่อที่บ้าน (continuing of care: COC) หลายช่องทาง ได้แก่ ทางโทรศัพท์ ทางไลน์หรือหนังสือส่งตัว เป็นต้น กำหนดเป้าหมายให้พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 5 วัน และส่งกลับข้อมูลให้โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับ อสม. ที่รับผิดชอบ เพื่อลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ที่อยู่ อาการและปัญหาในขณะนั้น ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล เป็นต้น มีคลินิกหมอครอบครัวเพียง 2 แห่ง ที่มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับ อสม. หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) และรายงานผลมายังพยาบาลในการวางแผนการดูแลต่อไปซึ่งเป็นการบริหารจัดการเรื่องอัตรากำลังสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้นต้องปฏิบัติงานตามนโยบายที่กำหนด นอกจากการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. ได้จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ได้แก่ แฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) แบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอตีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADLs) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามและแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (2Q และ 9Q) หรือเครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว (Immobility, Nutrition, Home Environment, Other People, Medications, Examination, Spiritual Health, Service, Safety: INHOMESSS) เป็นต้น รวมทั้งกระเป๋าเยี่ยมบ้านและเครื่องมือในการพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ ปรอทวิตซ์ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation: O₂ sat) เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล

ในเลือดด้วยตนเอง (self monitoring of blood glucose meter) และเครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น

การดูแลที่บ้าน พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. มีปฏิบัติการกระบวนการทางการพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาโดยการตรวจร่างกายร่วมกับการซักประวัติ เช่น การวัดอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต การวัดความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น การเลือกใช้แบบประเมิน ได้แก่ PPS, ESAS, ADLs, 2Q, 9Q และ INHOMESSS เป็นต้น ซึ่งหลังจากประเมินปัญหาหากพบความผิดปกติจะให้การพยาบาลทันที ไม่ว่าจะเป็นการทำให้แผล การบรรเทาอาการปวด ความไม่สบาย เช่น ไอ หอบเหนื่อย เป็นต้น โดยการให้ยาบรรเทาอาการ การพ่นยา และมีการประเมินปัญหาซ้ำเพื่อดูผลลัพธ์ของการพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาจะรายงานโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบส่งต่อทันที นอกจากนี้การให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ผู้ให้การรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ การฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด การทำให้แผล การเปลี่ยนสายอาหาร และการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น จากการสังเกตพบว่า มีการจัดบันทึกปัญหาและการพยาบาลต่างๆ ไปในสมุดบันทึกหรือแฟ้มสุขภาพครอบครัว และนำกลับมาบันทึกในโปรแกรมระบบฐานข้อมูลและระบบงานหน่วยปฐมภูมิ ได้แก่ โปรแกรม Extreme Platform for Hospital Information Primary Care Unit (HOSxp PCU) หรือ Java Health Center Information System (JHCIS) ที่หน่วยบริการ

นอกจากนี้ยังมีการสร้างเครือข่ายการดูแลและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. (Mean Rank = 21.93) มีคะแนนบทบาทการปฏิบัติงานสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (Mean Rank = 12.89) เนื่องจากใน

รพ.สต. มีพยาบาลเพียง 1-2 คน รับผิดชอบงานบริการทั้งใน รพ.สต. และในชุมชน รวมถึงมีบทบาทหลักในการดูแลแบบประคับประคองด้วย ส่งผลการปฏิบัติงานอาจไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นการสร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกับพัฒนาศัลยกรรม ผู้ดูแล/ครอบครัวจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยการสร้างเครือข่ายในกลุ่มอสม. หรือจิตอาสา ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีพยาบาลเป็นที่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกปฏิบัติดูแลแก่ผู้ดูแลและอสม. หรือจิตอาสา ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกายการทำแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว การจัดการกับอาการเบื้องต้น การเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น ร่วมกับฝึกทักษะประเมินอาการความผิดปกติ เช่น กลืนและลักษณะของแผลกดทับ สีของน้ำล้างไต ความสมดุลน้ำเข้า-น้ำออก อาหารสำหรับโรคของผู้ป่วยหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นต้น เพื่อแจ้งให้พยาบาลทราบทางไลน์แอฟพลิเคชั่น อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหมอครอบครัวและรพ.สต. ยังมีบทบาทในการประสานข้อมูลเพื่อขอสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น ได้แก่ ที่นอนลมเตียงผู้ป่วย เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น ให้การพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด หรือวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประสานขอรับการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสวัสดิการสังคม เป็นต้น

การติดตามหลังเสียชีวิต พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมแสดงความเสียใจกับครอบครัวผู้เสียชีวิต โดยการไปร่วมงานตามพิธีกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา และให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ ตามสภาพปัญหาของครอบครัว ยังไม่พบการดูแลในมิติของจิตวิญญาณที่ชัดเจน

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองมีดังนี้

1) นโยบายการดูแลระดับประคับประคองระดับปฐมภูมิไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เน้นการจัดบริการในระดับโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการประเมินผลงาน ทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจึงเป็นระบบการดูแลระยะยาว (long term care: LTC) เหมือนผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป ประกอบกับในหน่วยงานปฐมภูมิไม่มีแนวทางการดูแลที่จะเป็นแนวทางการประเมินและแบบรายงานต่าง ๆ ให้กับพยาบาลดังกล่าวของพยาบาล

“...นโยบายเกี่ยวกับการดูแล Palliative Care ส่วนใหญ่กำหนดตัวชี้วัดในโรงพยาบาล ใน รพ.สต. ไม่มีอะไร แต่จะเน้น Long Term Care มากกว่า การจัดบริการเฉพาะกลุ่มยังไม่ชัด...” (ID422_1)

“..ไม่มีแนวทางดูแล Palliative ที่บอกว่า รพ.สต. ต้องทำยังไง แบบประเมินอะไรบ้าง แบบรายงานมีอะไรบ้าง..” (ID232_2)

2) พยาบาลขาดการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียงร้อยละ 18.20 ที่ผ่านการอบรม ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการดูแลเฉพาะการจัดการด้านทางร่างกายทั่วไป ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจ พยาบาลบางคนมีการใช้แบบประเมินเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลจะใช้ประสบการณ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงพยาบาลกล่าวว่า

“...ตั้งแต่ที่ทำงานชุมชนไม่เคยอบรมเรื่องนี้เลย เวลาไปเยี่ยมแต่ละครั้งก็ดูแลเหมือนคนไข้ติดเตียง เช่น เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ทำแผล...” (ID432_1)

“เคยอบรมเรื่องนี้ ก็จะดูแลเรื่องความสุขสบายจัดการอาการทั่วไปไปมีการใช้แบบ PPS ตีนะมีการอบรมเฉพาะเรื่องนี้” (ID111_1)

3) พยาบาลมีภาระงานมากพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิมีผู้มารับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีงานบันทึกข้อมูล ระบบรายงานตามตัวชี้วัด การเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยระยะท้ายจึงไม่เป็นไปตามแผน ดังคำบอกเล่าของพยาบาล ดังนี้

“ตอนนี้โรงพยาบาลส่งคนไข้โรคเรื้อรังดูแลต่อที่ รพ.สต. งานเพิ่มขึ้นอีก ไม่ว่าจะเรื่องระบบรายงานตัวชีวิต คีย์ข้อมูลงานอื่น ๆ อีก ประชุมอบรมบ้าง เยี่ยมบ้าน เลยไม่ค่อยครบคลุมจะเยี่ยมเฉพาะเร่งด่วน งานเยอะมากงานนโยบายทั้งนั้น” (ID132_1)

4) ขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น พบว่าการสนับสนุนค่อนข้างน้อย ไม่เพียงพอ เช่น ที่นอนลม ชุดอุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องให้ยาฉีดใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง (syringe driver) เป็นต้น ส่วนใหญ่จะใช้งบประมาณของผู้สูงอายุติดเตียงต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีค่อนข้างน้อย ดังคำบอกเล่าของพยาบาลว่า

“...ส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คนไข้หอบต้องพ่นยา ใช้ออกซิเจนตลอด ยืมเครื่องพ่นยาไปใช้นานกว่าจะคืน คนไข้ระยะท้ายเลยไม่ค่อยมีใช้...” (ID221_1)

“...ท้องถิ่นเค้าไม่ค่อยสนับสนุนอุปกรณ์อื่น ๆ นอกจากแพมเพิสให้ผู้สูงอายุใช้ติดเตียง คนไข้ระยะท้ายถ้าไม่ใช่ผู้สูงอายุก็ได้ บอกว่าผิดระเบียบการใช้งบประมาณ ต้องเข้าแผนก่อน...” (ID131_1)

5) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (strong opioid) กรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวให้กลับมาดูแลต่อที่บ้าน พบว่า คลินิกหมอครอบครัวสามารถจัดการได้ดีกว่า รพ.สต. เนื่องจากมีแพทย์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถการบริหารจัดการยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ได้ ส่วน รพ.สต.พบว่า พยาบาลขาดความมั่นใจในการใช้ยากลุ่มนี้ ประกอบกับไม่มีนโยบายการบริหารยากลุ่มนี้ในชุมชน จึงต้องกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง พยาบาลกล่าวว่า

“ในคลินิกหมอครอบครัว หมอสามารถจัดการกับยาระงับปวดให้คนไข้ได้สบายใจทั้งคนไข้และญาติ ไม่ต้องเสียเวลาไปโรงพยาบาล...” (ID111_1)

“ที่อนามัยมีคนไข้มะเร็งระยะสุดท้ายมาดูแลต่อที่บ้าน แต่ไม่มีนโยบายการให้ยาระงับปวดกลุ่ม Strong opioid แบบฉีดมาใช้ที่บ้าน คนไข้ต้องไปเอาที่โรงพยาบาล” (ID421_1)

การอภิปรายผล

การศึกษาบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 มีประเด็นสำคัญในการอภิปรายผลดังนี้ จากการเปรียบเทียบบทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ระดับบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระดับบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองรายข้อ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ระดับการปฏิบัติงานการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากพยาบาลใน รพ.สต. มีจำนวนน้อย 1-3 คน ส่งให้ภาระงานเพิ่มขึ้น¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ¹⁷ พบว่า รพ.สต. มีอัตรากำลังพยาบาล บางแห่งมีพยาบาลเพียงคนเดียว ร้อยละ 64.28 มีพยาบาล 2 คน ร้อยละ 21.43 และมีพยาบาลมากกว่า 2 คน ร้อยละ 7.14 จึงต้องทำงานเกือบทุกบทบาท รวมถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกวันเหมือนโรงพยาบาล จึงต้องสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในวันปกติและวันหยุด¹⁸ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความเข้มแข็งด้วยการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ¹⁹ มีส่วนร่วมและช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เชื่อมโยงถึงชุมชน^{9,10}

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหออครอบครัว และ รพ.สต. มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านตามมาตรฐานการบริการพยาบาลของผู้ป่วยระยะท้าย¹³ จะให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลชุมชน²⁰ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน การดูแลจึงมีความละเอียดอ่อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ⁵ โดยพยาบาลเลือกใช้แบบประเมินและเครื่องมือในการตรวจประเมินร่วมกับการตรวจร่างกายที่เหมาะสม แต่มีพยาบาลส่วนน้อยที่ใช้แบบประเมิน PPS แบบประเมินอาการ ESAS และแบบประเมินระดับความปวด (pain score) เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวจะช่วยสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วยในการประเมินสภาวะสุขภาพและพยากรณ์โรคไปในแนวทางเดียวกัน²¹ อย่างไรก็ตามในการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ให้การดูแลเหมือนกับกลุ่มติดเตียง เพราะมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยติดเตียงคือผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งที่เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน¹⁹

จากการสังเกตกระบวนการพยาบาลเป็นเพียงการดูแลในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ยังไม่พบการดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจน โดยเฉพาะในการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้เสียชีวิตภายใน 30 วัน ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในคลินิกหออครอบครัว และ รพ.สต. ปฏิบัติได้น้อยที่สุด เนื่องจากบทบาทนี้พยาบาลต้องให้การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผ่านวิกฤตไปได้จนกว่าผู้ดูแลจะสามารถดำเนินชีวิตตามปกติจึงถือเป็นการสิ้นสุดการดูแลอย่างสมบูรณ์²² ซึ่งเป็นผลมาจากความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงเน้นให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวหลังการสูญเสียได้จากการศึกษาพบว่า พยาบาลเพียงการไปร่วมแสดงความเสียใจและทำบุญกับครอบครัวผู้เสียชีวิต⁶ ตามหลักศาสนาและตามความเหมาะสมเท่านั้น ยังไม่เห็นถึงกิจกรรมทางการพยาบาลที่แสดงถึงความชัดเจน

ของบทบาทนี้ เช่น การคัดกรองภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (2Q, 9Q) การให้การพยาบาลในมิติของของจิตวิญญาณ การให้คำปรึกษา ตลอดจนการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลที่เหมาะสมกรณีพบอาการผิดปกติของผู้ดูแล เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการการดูแลแบบประคับประคองจากการสัมภาษณ์พยาบาลพบว่า ในคลินิกหออครอบครัว พยาบาลจะให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดบทบาทการดูแลดังนี้ แพทย์จัดการความปวดโดยพิจารณาให้ยาลดปวดและรักษาอาการเจ็บป่วย พยาบาลดูแลเรื่องความสุขสบาย การจัดทำลดปวด ความสะอาดของร่างกาย การประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามาดูแลผู้ป่วย²⁰ การเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน เกสซอร์ให้ความรู้เรื่องการใส่ยาบรรเทาอาการปวด และอาการข้างเคียงของยา²³ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจและพึงพอใจมากเพราะสามารถปรึกษาแพทย์ได้ทันที¹⁰ โดยเฉพาะประเด็นการเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดได้ที่บ้าน ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี²⁴

อุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลการดูแลแบบประคับประคอง คือ 1) นโยบายในระดับปฐมภูมิไม่ชัดเจน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศให้มีการจัดตั้งหน่วยงานในระดับปฐมภูมิ⁴ แต่ไม่มีตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิและวิธีการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน^{9,16,25,26} นอกจากนี้ ผู้บริหารและพยาบาลยังมีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน จึงมีผลต่อการให้ความสำคัญกับการดูแลนี้ค่อนข้างน้อย¹⁰ ส่งผลกระทบการกำหนดผู้รับผิดชอบไม่ชัดเจน การวางแผนการดำเนินงานและระบบสนับสนุน งบประมาณ โดยเฉพาะการใส่ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์^{25,27} ขาดการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทำให้การส่งต่อข้อมูลมีความล่าช้าทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน

2) พยาบาลขาดการพัฒนาความรู้การดูแลแบบประคับประคอง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นหลักสูตรระยะสั้น จึงเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของพยาบาล^{6,8,28} ส่งผลให้พยาบาลขาดความมั่นใจและทักษะสำคัญการดูแล²⁹ และ 3) ภาระงานของพยาบาลมีมาก^{15,16} เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นตามนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลทำให้ส่วนใหญ่พยาบาลต้องทำงานด้านรักษาพยาบาลมากขึ้น รวมทั้งงานเอกสารต่าง ๆ และพบว่า รพ.สต. มีพยาบาลไม่เพียงพอเพียง 1-2 คนเท่านั้น แต่ต้องทำทุกภารกิจ ได้แก่ งานการเงิน งานจัดซื้อจัดจ้าง งานพัสดุ เป็นต้นทำให้ไม่มีเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านตามแผนการเยี่ยมอย่างต่อเนื่องได้¹⁶

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจนและมีความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรทบทวนกรอบอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งคลินิก หมอครอบครัวและ รพ.สต. โดยคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงของบริบทในแต่ละพื้นที่และภาระงานร่วมด้วย เพื่อการจัดสรรบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอภาระงานในปัจจุบัน การจัดระบบความก้าวหน้าในแต่ละสายงาน การกำหนดตำแหน่ง มีการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมและกำหนดอัตรากำลังตอบแทนตามภาระงานรวมทั้งการจัดระบบการสร้างขวัญและกำลังใจ การสร้างสุขให้เกิดขึ้นในองค์กรซึ่งเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรมีการดำเนินการ

2. การบริหารจัดการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการมอบหมายงานแก่บุคลากรโดยใช้ประโยชน์จากกำลังคนที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพตามลักษณะงานและ

ปริมาณงาน จำเป็นต้องกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจรองของบุคลากรแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน เน้นการพัฒนาทักษะผสมผสานหลากหลายวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง การปรับปรุงกระบวนการทำงานนอกจากนี้มีการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรแต่ละตำแหน่งมีทักษะเพียงพอและสามารถทำงานได้หลากหลายหน้าที่ โดยใช้ระบบที่เลี้ยงหรือระบบการให้คำปรึกษา เพื่อการช่วยการตัดสินใจในการดูแลแบบประคับประคอง

3. พัฒนาหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทุกมิติ โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนให้มีแผนการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านตามแนวคิดหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ให้ครอบคลุมทุกมิติ เน้นสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขับเคลื่อนนโยบายการดูแลแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ให้เป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนเครื่องมือและงบประมาณการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 11 ทุกคนที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care. Some rights reserved. [cited 2018 December 12]. Available from Creative Commons Web site: <https://www.creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
2. National Health Commission Office. Manual of health care services: laws and practices on end of life care. Bangkok: Pimsiripattana; 2018. (in Thai)
3. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health 2018. [cited 2019 May 9]. Available from Web site: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsplan2017Eng.pdf
4. Pasri P, Isaramalai S, Hattakit U. Family caregivers' support needs in caring for end-stage cancer patients. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015; 35(2): 79-91. (in Thai)
5. Ministry of Public Health, Department of Medical Services. List disease of palliative care and functional unit. Nonthaburi: Art Qualified, 2016. (in Thai)
6. Nilmanat K, Udchumpisai M, Potjamanpong P, Niyomthai N. Continuing hospital-to-home palliative care: a Southern Thai context. Thai Journal of nursing Council. 2019;34 (2):76-93. (in Thai)
7. Srivanitchakorn S. Palliative care: taking care and healing with heart and faith. [cited 2019 March 10]. Available from: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/PCFM05.pdf> (in Thai)
8. Keawtong W, Rawiworakul T, Kalampakorn S, Kerdmongkol P. Competencies of palliative care among community nurses in primary care units. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Supplement):74-83. (in Thai)
9. Jirakangwan M, Chantree S. The development of palliative care in end of life cancer patients: an integration of caring seamless network at Sisaket Hospital. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2018;19(2):70-83. (in Thai)
10. Wiriyakosol S, Vongsuwan K. Effectiveness of palliative care model for terminal cancer patients in Krathumbann Hospital community network, Samutsakorn Province. Journal of Health Science. 2017; 26(4):759-69. (in Thai)
11. Saringkanan J. Development of continuum of care in Takuapa Hospital network. Journal of Health. 2018; 26(7):1069-80. (in Thai)
12. Nuekwen P, Hanprasitkam K, Junda T. Nurses' perceptions and practice on palliative care. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016;27(1):128-141. (in Thai)
13. Ministry of Public Health, Nursing Division. Standard of community nurse practitioner. Nursing service system for palliative care. Nonthaburi: Suetawan; 2016. (in Thai)
14. Junprasert S, Khunlarnthanadee S, Piaseu N, Noonil N, Jaraeprapal U and Akwarangkoon S, et al. Research project on the roles and responsibilities of nurses in driving the primary health care system. Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2019. (in Thai)
15. Mhaothong P, Thongkhot W and Ungpansatwong S. Determining the sample size by the Yamane's formula. Available from: http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
16. Saito D, Zoboli E. Palliative care and primary health care: scoping review. Revista Bioética. 2015;23 (3):591-605.
17. Tangcharoensathien V, Sawaengdee K, Rajataram B, Muangyim K, Sarakshetrin A, Chantira Viriya R, et al. A study of work load and productivity among health personnel in District Health Promotion Hospitals. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2016. (in Thai)
18. Chobsook C, Arayathanitkul B, Amtrakul S, Tonseni W, Pumsrinil P, Yingprasert P. Development of a nursing documentation form of pediatric intensive care unit, Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2):231-40. (in Thai)
19. Kunsongkeit W. Good death nursing care at home as perceived by nurses in a primary care unit. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017;25(4):84-94. (in Thai)

บทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

20. Sousa J, Alves E. Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3):264-69.
21. Phatharapreeyakul L. Palliative nursing care for patients with advanced stage lung cancer at home: case study. *Journal of Prachomklao College of Nursing.* 2019;2(2): 83-98. (in Thai)
22. Fumaneeshoat O. Home visit and palliative care. *Songklanagarind Journal of Nursing.* 2017;35(4):399-406. (in Thai)
23. Phadungsri P, Ladla A. Development of care model for patients with end stage of cancer: from hospital to home Ubonrat Hospital, Khon-Kaen Province. *Journal of Nursing and Health Care.* 2019;37(3):119-207. (in Thai)
24. Makmai S, Nipitwatanapol R, Promrin S, Sitino P. Effectiveness of palliative care from hospital to health service network at Phrae Hospital. *Journal of the Department of Medical Services.* 2018;43(2):141-5. (in Thai)
25. Junda T. Palliative care system: central region of Thailand. *Thai Red Cross Nursing Journal.* 2017;10(2):87-102. (in Thai)
26. Prapakorn S, Suaying S, Sookkhung A, Mannoy S, Punaram W, Foongfaung S. Development of palliative nursing service system for cancer patients receiving treatment at National Cancer Institute. *Journal of Nursing Division.* 2015;42(3):50-68. (in Thai)
27. Sharkey L, Loring B, Cowan M, Riley L, Krakauer EL. National palliative care capacities around the world: result from the World Health Organization noncommunicable disease country capacity survey. *Palliative Medicine.* 2018;32(1):106-13.
28. Promsing P, Keeratiyutanawong P, Kunsongkeit W. Factors associated with spiritual care for terminally ill patients of professional nurses. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2016;22(3):277-92. (in Thai)
29. Siriratanapongtorn N, Thungngoen P, Mana N, Krutmuang P. Perception of nurses about palliative care and end of life in Naresuan University Hospital, Phitsanulok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18(Supplement): 221-8. (in Thai)