

การพัฒนาแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

Developing guidelines for Report on patient's condition changing to critical condition
with MEW Score at Ban-Tak Hospital.

นางบังอร ดวงแก้ว

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษา สภาพ ปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ,เพื่อพัฒนา แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score และ ประเมินประสิทธิผลของการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการใช้ MEW Score จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วน จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 86.70 และจำนวนผู้ป่วยที่ เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนหลังการใช้ MEW Score จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่ กระบวนการรักษาก่อนผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 90.00 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 46.70 และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด คิดเป็นร้อยละ 10.00 ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ประเด็นค้นหา ประสพการณ์ของผู้ป่วยด้านความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้พบเจอกับบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักมีการปฏิบัติได้น้อย(นานๆ ครั้ง) $\bar{X} = 3.37$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $S.D = .556$ ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ประเด็นให้ข้อมูลพยากรณ์โรค(Share prognosis) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ผลการประเมินความพึงพอใจ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทุกหัวข้อ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.001$) ภาพรวมความพึงพอใจแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคองมีความพึงพอใจมากที่สุด ทั้งก่อน และหลังการใช้แนวทาง $\bar{X} = 4.60$, $S.D = .819$

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต

Abstract

The aim of this research and development is to study the condition, problems, and reporting of patients transitioning to a critical state using the MEW Score, to develop guidelines for reporting symptoms of patients transitioning to a critical state using the MEW Score, and to evaluate the effectiveness of reporting symptoms of patients transitioning to a critical state using the MEW Score at Ban Tak Hospital, Tak Province. The analysis found that before using the MEW Score, the percentage of patients diagnosed with infection and entering treatment processes before transitioning to a critical state was 46.70%. The percentage of patients experiencing complications and shock from infection was 86.70%, and the percentage of

patients dying from septic shock was 23.30%. After using the MEW Score, the percentage of patients diagnosed with infection and entering treatment processes before transitioning to a critical state was 90.00%. The percentage of patients experiencing complications and shock from infection was 46.70%, and the percentage of patients dying from septic shock was 10.00%. The overall average and additional findings show that the results of using the MEW Score have significantly improved statistically ($P < 0.001$). The exploration of patient experiences regarding the severity of illness found that patients encountered familiar individuals practicing less frequently (sometimes) with a mean of 3.37 and a standard deviation of 0.556. The comparison of the initial conversation sample group's performance in sharing prognosis found that the overall average and additional findings show that the results of using the MEW Score have significantly improved statistically ($P < 0.001$). The satisfaction assessment results show the highest level of satisfaction in all aspects, with statistically significant levels at ($P < 0.001$). Overall, the highest satisfaction with advance care planning guidelines for critically ill patients was observed, both before and after implementation, with a mean of 4.60 and a standard deviation of 0.819.

Keywords: critically ill patients; patients transitioning to a critical state.

บทนำ

ปัญหาและสาเหตุ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีไม่น้อยที่เกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม คือการออกแบบและพัฒนา ระบบงานที่ช่วยให้ การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพ และปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถทำได้ ในทันที อีกทั้งสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้มีการกำหนดประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความสำคัญสูง (Patient Safety Goal: SIMPLE) โดยสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติ หนึ่งในประเด็นความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความสำคัญสูงดังกล่าวคือ Response to the Deteriorating Patient หมายถึง การระบุดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ ททรุดลงหรือมีอาการแยลงอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยทรุด ลงในโรงพยาบาลอย่าง เหมาะสมและเป็นระบบที่ชัดเจน ก่อนที่อาการเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การ ล้มเหลวในการระบุดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือมีอาการแยลง สามารถท าให้อาการเจ็บป่วยมี ความรุนแรง เพิ่มขึ้น จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ร้อยละ 51-86 ของผู้ป่วยที่รับปฏิบัติการเพื่อช่วยชีวิตขณะที่ หัวใจหยุด เต็มและหยุดหายใจกะทันหัน (cardiopulmonary resuscitation; CPR) จะมีการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา เป็นเวลาหลายชั่วโมงก่อนที่จะเกิดหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจกะทันหัน แนวทางปฏิบัติเพื่อ ป้องกันแก้ไข ปัญหาคือการก าหนดการใช้เครื่องมือได้แก่ (Modified Early Warning Score: MEWS) หรือ MEW score ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกร ามาใช้ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งระดับ ความรุนแรง และช่วยในการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางอย่างรวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ ระยะวิกฤต เพื่อ เพิ่มความปลอดภัยและป้องกันการเสียชีวิต ท ำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล จากงานวิจัยพบว่าการใช้MEWS กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ เนื่องจากสามารถตรวจจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับ

การศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ พบว่า การใช้ระบบการเฝ้าระวัง MEWS สามารถลดโอกาส ของการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขั้นรุนแรงได้ โดยอัตราการส่งต่อไปยังแผนกวิกฤตโดย มิได้คาดการณ์ ล่วงหน้า และ อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$)

จากข้อมูลสถิติหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านตาก ในปี 2563-2565 พบว่า มี ผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation; CPR) เนื่องจากภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุด หายใจกะทันหันเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9, 13 และ 17 ราย ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (Unexpected Death) ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ดังนั้นหน่วยงานผู้ป่วยในจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านตากขึ้น เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความมั่นใจมีแนว ทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดการสื่อสารอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการเกิดภาวะวิกฤติ สามารถจัดการกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันที ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเสียหายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัยรวดเร็วทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นการพัฒนาคุณภาพ บริการอย่างต่อเนื่อง

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care planning) คือ กระบวนการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และตัวแทนที่มรสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจ ทารือ และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติ ผู้ป่วยที่ดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสาร ทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุก ชั้นตอนของชีวิต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (The National Council for Palliative Care [NCPC], 2008) ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิ์ตามกฎหมายที่จะกำหนด แผนการรักษา หรือแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้กำหนดแผนการดูแลรักษาหรือทำหนังสือเจตนาเอาไว้มักจะได้รับการรักษาที่เกิน ความจำเป็นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยางการให้ ยาปฏิชีวนะ การฟอกเลือดล้างไตหรือการเจาะคอ จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของวรวิญญา จิตร บรรทัด ที่ศึกษาเรื่องบทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนให้ดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของ ผู้สูงอายุ พบว่าแนวคิดบทบาทของพยาบาลชุมชน แนวคิดการตายดี และแนวคิดการวางแผนดูแลรักษาตนเอง ล่วงหน้า นำมาสู่การปฏิบัติในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการ ตายดีในวาระสุดท้ายของชีวิต และบทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการ ตายดีของผู้สูงอายุได้แก่ บทบาทของผู้บริการด้านสุขภาพ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และผู้ให้คำปรึกษา บทบาท ผู้นำและผู้นำการเปลี่ยนแปลง บทบาทของผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ผู้ประสานงาน ผู้บริหารจัดการ และผู้ให้ความ ร่วมมือจากสิทธิการตายดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บทบาทผู้วิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสในการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ตามความปรารถนา และจากไป อย่างสมศักดิ์ศรีตามความ ต้องการของตนเอง ลดความขัดแย้ง ความกังวลของญาติในการตัดสินใจเพื่อการรักษา ในยามที่บุคคลไม่ สามารถสื่อสารได้ (วรวิญญา จิตรบรรทัด, 2565) การช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าที่ตรงกับ ความต้องการและยังเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ เกิดประโยชน์ช่วยลดภาระการตัดสินใจของ ครอบครัว และทีมสุขภาพสามารถ ดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม (ประไพ บุญมรดก และ โสเพ็ญ ชูवलม, 2565)

โรงพยาบาลบ้านตากจังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยทุก ประเภท หากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศรีสังวรและเมื่อผู้ป่วยมี

อาการดีขึ้น จะถูกส่งกลับมารักษาและพักฟื้นต่อที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักถูกส่งตัวกลับมานอนพักฟื้นในโรงพยาบาลก่อนส่งกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ในระยะนี้ต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ปรับตัวยอมรับ เตรียมทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ซึ่งไม่ใช่การสิ้นสุดการรักษา แต่เป็นการวางแผนเพื่อเตรียมรับกับอาการที่จะเกิดขึ้น ในการวางแผนตัวผู้ป่วยเองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในแผนกผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านตากได้มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองร่วมกับคลินิกอุ้มใจ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองครอบคลุมทั้งอำเภอบ้านตาก ในพ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยระดับประคับประคองที่ลงทะเบียนให้การดูแล 1075,957 และ1533 ตามลำดับและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน 60, 68 และ62 ตามลำดับ จึงอาจกล่าวได้ว่าจำนวนที่เข้ามารับบริการในตึกผู้ป่วยในมีอัตราค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียน ซึ่งผู้ป่วยระดับประคับประคองมีทั้งกลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งและไม่ใชโรคมะเร็ง และผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าการเข้าถึงกระบวนการดูแลระดับประคับประคองล่าช้า ญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจแผนการรักษา บางส่วนยินยอมให้การรักษา บางส่วนปฏิเสธการรักษา บางครั้งตัดสินใจแล้วเมื่อถึงระยะสุดท้ายมักเปลี่ยนความคิดในการวางแผนการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่มีในปัจจุบันยังไม่นำมาปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านตากและเป็นกรรมการในทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองโรงพยาบาลบ้านตากทำงานในคลินิกอุ้มใจ ได้มีความสนใจแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วย เนื่องจากแนวทางปฏิบัติเดิมยังไม่มีมีการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ในการวางแผนดูแลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลจึงได้พัฒนาแนวทางการรายงานผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะ วิกฤตด้วย MEW Score ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าแนวทางดังกล่าวมีผลต่อบุคลากรในหอผู้ป่วย ส่งผลต่อผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้มีการเฝ้าระวัง ดูแลรักษาได้ดียิ่งขึ้น และจะเป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และต่อการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลบ้านตากต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1. เพื่อศึกษา สภาพ ปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
- 2.2. เพื่อพัฒนา แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score
- 2.3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 3.1 ทราบข้อมูลสารสนเทศ ในปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาการวางแผนแนวทางปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต
- 3.2 ด้านการบริหาร เป็นนโยบายสำหรับคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคับประคองส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายดีและญาติผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.2 ด้านการปฏิบัติ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในหอผู้ป่วย ในการอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โดยมีขอบเขตวิจัย ดังนี้

4.1 ประชากร ประกอบด้วย

4.1.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล บ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

4.1.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง** ในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาก

4.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

4.2.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง 1 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

4.2.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง** ในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาก จำนวน 30 คน

4.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

4.3.1 **ตัวแปรต้น** คือ แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score

4.3.2 **ตัวแปรตาม** คือ การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ของทีมสุขภาพความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

4.4 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน ตุลาคม 2566

5.วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาการพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

5.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย

5.1.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาลบ้านตาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

5.1.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง** โรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านตาก

5.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย

5.2.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** โรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 24 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี

2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

5.2.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง** ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับ

บริการที่โรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ช่วงระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 รวมจำนวน 30 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป
- 2) เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยระดับประคองที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง
- 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

5.2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตด้วย MEW Score และปรับแก้ตามข้อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย

1.1 การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย และพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ประเมินประสิทธิภาพการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคอง ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาพการมีงานทำ การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 เดือนก่อน ระดับ PPS ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามการวางแผนล่วงหน้าของทีมสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้นลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องตรงของเนื้อหา (content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ

ผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (สุวิมล ติรภานนท์, 2555)

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่งหน้าในผู้ป่วยระดับประคองโรงพยาบาล บ้านตาก

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

ประชากรกลุ่มและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling Method) ดังนี้เกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด (Inclusion Criteria)

สำหรับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยระดับประคอง และผู้ให้บริการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยระดับประคอง จำนวน 30 คน (inclusion criteria) ดังนี้คือ 1) มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยระดับประคองที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลบ้านตาก 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ที่รับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ และ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

2. บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 24 คน และเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามดังนี้

1. ขอบหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยให้ญาติ/ผู้ดูแลและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระดับประคองทำแบบสอบถามด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยติดตามและรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามการวางแผนล่งหน้าของทีมสุขภาพ และความพึงพอใจของทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score วิเคราะห์โดย การหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเทียบเกณฑ์เพื่อแปลความหมาย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาล บ้านตาก

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

(Purposive Sampling) จำนวน 15 คนประกอบด้วย

1. แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จำนวน 1 คน
2. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 คน
3. เกสัชกร จำนวน 1 คน
4. อาสาสมัครผู้ป่วยระดับประคอง/ผู้ดูแล จำนวน 6 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score การสนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสร้างข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

ขั้นตอนที่ 2.1 ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score มีแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) จากการทบทวนเอกสาร

แหล่งข้อมูล

เอกสาร/การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ปีที่ประสบผลสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กรอบการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย จากมาตรฐานการวางแผนล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care Planning) พ.ศ. 2565 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2.2 การพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ(Workshop) จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จำนวน 1 คน
2. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน
3. เกสัชกร จำนวน 1 คน
4. นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน
5. นักโภชนาการ จำนวน 1 คน
6. อาสาสมัครผู้ป่วยระดับประคอง/ผู้ดูแล จำนวน 6 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำการพัฒนา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score

2. ผู้วิจัยสรุปแนวทางการพัฒนาทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระดับประคอง จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และปรับปรุง แก้ไขภาษาและเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและประเมิน การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score เมื่อผ่านการตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและประเมินโดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แหล่งข้อมูล

ในการประเมินการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จำนวน 1 คน
2. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน
3. เกสัชกร จำนวน 1 คน
4. นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน
5. นักโภชนาการ จำนวน 1 คน
6. อาสาสมัครผู้ป่วยระดับประคอง/ผู้ดูแล จำนวน 6 คน

แหล่งข้อมูลที่ใช้ประเมิน ประกอบด้วย

1. ผู้ให้ข้อมูลในการทดลองการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score
3. นวัตกรรม หรือชิ้นงานหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score

3.2 เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการวิจัยตามตัวชี้วัด

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score และปรับแก้ตามข้อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย

1.1 การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย และพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ประเมินประสิทธิผลการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาพการมีงานทำ การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 เดือนก่อน ระดับ PPS ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามการวางแผนล่วงหน้าของทีมสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางของทีมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางของทีมสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทาง

ของที่มีสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของที่มีสุขภาพน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่มีสุขภาพต่อการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้น ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องตรงของเนื้อหา (content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (สุวิมล ติรกาพันธ์, 2555)

2.3 วิธีดำเนินการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย มีขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดทำกรรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score

2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เพื่อพิจารณาคำนิ่งทางจริยธรรม เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยระดับประคับประคองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตากในช่วงก่อนการใช้แนวทางการวางแผนล่วงหน้าที่พัฒนาขึ้น

4. ผู้วิจัยนำแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้นมาชี้แจงกับทีมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันในการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยระดับประคับประคองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตากในกลุ่มเดิมที่เคยรับบริการแนวทางเดิม และได้มารับบริการในแนวทางใหม่ในระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ one sample t-test โดยหลังจากการทดลองแล้วนำผลการวัดมาเทียบเกณฑ์ที่กำหนดไว้

8.สรุปผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ อยู่ที่ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 54 ปี สถานะภาพคู่ ร้อยละ 63.3 รองลงมาโสด ร้อยละ 30.0 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร้อยละ 80.0 รองลงมาคือแพทย์ร้อยละ 20.0 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง มากที่สุด 3-5 ปี ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.0 และ น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 26.7 ผลศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคองโรงพยาบาล บ้านตาก พบว่า ประเด็น คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะลุกลาม 10 ด้าน แบ่งเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกายด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพละกำลังความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด ด้านจิตใจ สถานะสุขภาพด้านจิตใจประกอบด้วย ด้านพละกำลังความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์, ด้านการรับรู้หน้าที่, ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านปัญหาคุณภาพชีวิต

9.อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนาการใช้ MEW scoreโรงพยาบาลบ้านตากโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้อง สามารถสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านตากประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการ ให้บริการ 3 ระยะ เริ่มตั้งแต่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการดูแล ดังนี้

1. การวางแผนการดูแล โดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Palliative care ward nurses: PCWN) ประเมินความพร้อม ของผู้ป่วยและญาติก่อน เมื่อพร้อมจึงดำเนินการ 3 ชั้น- ตอนคือ(1) การให้ข้อมูล(2) การช่วยตัดสินใจ ด้วยการ บอกเป้าหมาย ให้ทางเลือก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติ และ (3) การพัฒนาแผนการดูแลร่วมกัน ให้ ครอบครัวมีส่วนร่วม พิจารณาโอกาสของครอบครัว สังคม ความเชื่อ โดยใช้หลักการที่สำคัญ คือการปกป้องสิทธิ ผู้ป่วย จากนั้นมี การชี้ นยินยอมเข้าระบบบริการ (inform consent) และกำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตาม ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของ ชีวิต ให้ผู้ป่วยมอบหมายให้คนในครอบครัวที่ผู้ป่วยไว้ใจ ที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาผู้ป่วย งดการรักษา ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือยื้อชีวิต การงดใส่ ท่อเครื่องช่วยหายใจ การงดช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ (good death) 2. การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด “LIFESS” ได้แก่ (1) กำหนดพินัยกรรม ชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความ- สามารถในการทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (5) จัดการความไม่สุขสบายอาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงที่เจ็บป่วย พยาบาล PCWN วางแผนการจำหน่ายและ ประสานงานเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนืองในชุมชนหรือครอบครัวดูแลที่บ้าน 3. การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต (The last day of life) มี ขั้นตอน ดังนี้ 3.1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย อาการในช่วง สุดท้ายของชีวิต ได้แก่ อาการอ่อนแรงและนอนหลับมาก ขึ้นลดการกินอาหารและการดื่มน้ำลง การหายใจสั้นลง และหยุดเป็นพักๆ เสี ยงครีตคราดจากสารคัดหลั่งในปาก ลำคอ และริมฝีปากแห้ง 3.2) การให้การดูแลรายบุคคล (Individualized care) เพื่อตอบสนองผู้ป่วยเฉพาะรายตามที่ผู้ป่วยได้แสดง เจตจำนงของตนเองไว้ เช่น การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย

และครอบครัว โดยพยาบาลเจ้าของ ใช้ประสานกับพยาบาล PCWN และทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อดำเนินการให้สอดคล้องกับความ ต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้ 3.3) การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (Monitor and review) โดยพยาบาลเจ้าของใช้แบบประเมิน ESAS ติดตามทุก 1 - 2 ครั้ง/วัน จากนั้นปรับ กิจกรรมการ พยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวัน 3.4) การจัดการอาการ (Managing symptom) โดย พยาบาลเจ้าของใช้ ดำเนินการดูแลลดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด การทำกิจกรรมบำบัด เช่น การทำBody scan meditation, Relaxation massage, comfort care การให้ คำปรึกษา การคิดเชิงบวก เป็นต้น 3.5) การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสพ-การณ์ชีวิตที่ดีที่สุดตาม วัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตาม แผนการดูแลที่กำหนดไว้ ตั้งแต่ระยะแรก ทั้งนี้ภายใต้การให้บริการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อให้เป็นบริการ แบบมีประสิทธิภาพได้กำหนดให้มีศูนย์การดูแลต่อเนื่องแบบประคับ- ประคอง (center of seamless palliative care: CSPC) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สนับสนุนอุปกรณ์เพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ประสานการส่ง ต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายผ่าน ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care: CoC) เพื่อ เยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องมีทีมการดูแลแบบประคับ- ประคองของโรงพยาบาลบ้านตากร่วมกับ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รายละเอียดของแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับ (อารมย์ พรหมดี และคณะ,2561) ศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 80 คน2) ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย จำนวน 30 คน 3) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และ 4) ผู้ให้บริการการดูแลแบบ ประคับประคอง จำนวน 10คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test ผล การศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ในกลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ที่มีค่า PPS < 60% ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจ ก่อน และหลังใช้แนวทางการดูแลแบบ ประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะ เปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ที่มีค่า PPS < 60% มีการวางแผนล่วงหน้าร้อยละ 100 หลังการใช้แนวทาง ค่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) ลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27$, $SD = 0.61$) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ พยาบาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน การยืนยันผลของความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย

2.ผลลัพธ์การทดลองใช้การใช้ MEW scoreโรงพยาบาลบ้านตากผลการศึกษามี ดังนี้ ผลเปรียบเทียบ ผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแล และหลังได้รับการดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อ เพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการ เปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับ ประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแล และหลังได้รับการดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ประเด็นค้นหาประสพการณ์ของผู้ป่วยด้านความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้พบเจอกับบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักมีการปฏิบัติได้

น้อย(นานๆครั้ง) $\bar{x} = 3.37$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $S.D = .556$ ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ประเด็นให้ข้อมูลพยากรณ์โรค(Share prognosis) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ในประเด็นการค้นหาเป้าหมายการดูแลและผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ (Explore preferred outcomes) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ประเด็นการพูดคุยในเรื่องความเชื่อด้านศาสนา/วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลและรักษามีการปฏิบัติน้อย(นานๆครั้ง) ที่ค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 3.13$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $S.D = .819$ และผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ประเด็นการบันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ(วิล วังศ์แก้ว และอิศรา สพสมัย, 2566) การศึกษาวิจัยและพัฒนา ประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีวิจัยและพัฒนาของ ไอโอวาโมเดล (Titler et al., 2001) เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในเดือนสิงหาคม 2564 – สิงหาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็นก่อนและหลังของทีมผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($x = 3.44$, $SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($x = 3.92$, $SD = 0.30$) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมากระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชชานันท์ ชนะผล, อภิราภรณ์จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์ (2563)4 ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองด้านที่มีคะแนนความมั่นใจมากที่สุด คือการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน จากการวิจัยจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับประเมินอาการปวดของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการปวด ระยะเวลา ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของการปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือปวดน้อยลง บริหารการใช้ยาแก้ปวด ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงได้ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญและทีปัทศน์ ชินตาปัญญากุล (2563)3 ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาอาการรบกวนในร่างกาย และอาการของโรคมะเร็งความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความรู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลแบบประคับประคองลงสู่การปฏิบัติเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบายให้ดีขึ้น ส่วนอาการง่วงซึม/สับสนและเบื่ออาหาร ในวันที่ 7 ที่เพิ่มขึ้นจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.23 อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Verkissen, Hjermsstad, Van Belle, Kaasa, Deliens, and Pardon (2019)19 ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของอาการในช่วงเวลาหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มประเทศยุโรป พบว่าความรุนแรงของอาการรบกวนต่างๆใน ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งมักคงที่ ยกเว้นอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการง่วงซึม/สับสน ซึ่งจะมีมากขึ้นในระยะก่อนเสียชีวิต เปรียบเทียบเวลา ≥ 6 เดือน 3-5 เดือน และ 0-2 เดือน ตามลำดับ นอกจากนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.30$) เนื่องจากการบริการที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และมีความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับประเด็นในข้อคำถาม “การได้รับความรู้และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน” ที่พบว่ามีความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 94.2 นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่มุ่งเน้น การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.15$, $SD = 0.61$) รองลงมา คือ ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.00$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ให้ความตระหนักต่อการประเมินความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่เป็นได้ และเน้นในเรื่องของการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561)2 ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย และผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

3. ความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้ MEW score ผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทุกหัวข้อ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.001$) ภาพรวมความพึงพอใจแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคองมีความพึงพอใจมากที่สุด ทั้งก่อน และหลังการใช้แนวทาง ($\bar{x} = 4.60$, $SD = 0.819$) สอดคล้องกับการศึกษาของ(วิไล วงศ์แก้ว และอิสรา สพสมัย, 2566) ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีความพึงพอใจความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{x} = 3.44$, $SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.30$) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมากที่สุดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

10. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะเป็น ต้นแบบให้กับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ ตลอดจนโรงพยาบาลในภาครัฐสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทข้อจำกัดด้านทรัพยากร สังคมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน

2. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล รายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอและมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

11. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต่อไปเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลการดูแลต่อเนื่องจากกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่

12. กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาและคณะขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตากที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พร้อมกันนี้ขอขอบคุณทีมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PCWN) ของโรงพยาบาลบ้านตาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่สนับสนุนในการดำเนินงานและศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมตลอดในการศึกษาครั้งนี้

13. เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ.: บริษัท สำนักพิมพ์ สี่ตงวัน.. (2564). ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง.โรงพยาบาลบ้านตาก.. (2565). ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคอง.โรงพยาบาลบ้านตาก.
- ดารารวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 412-422.
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และคณะ. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ, *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.
- พิชชานันท์ ชนะผล, ธีราภรณ์ จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คา. (2563). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 61-69
- ไพรินทร์ สมบัติ. *แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (dead with dignity/good dead)*. น่าน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว; 2555.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*.อมรินทร์พรินติ้ง แอนพับลิชชิง.<https://thaitgri.org/?p=39784>
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2017). แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1),22-28.
- ศศิวิมล ปานุราช, เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทิวี. (2561). *ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 14และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*.การประชุมวิชาการระดับชาติ“มศววิจัย” ครั้งที่11วันที่29-30 มีนาคม 2561, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุ รี้ พร ศิริ ยะ พันธุ์, นิ ฮู ดา ชาย เกตุ, & เนตร ชนก สัน ต รัตติ. (2021). การ พัฒนา รูป แบบ การ ดูแล

- แบบ ประคับประคอง สำหรับ ผู้ป่วย โรค ไต เรื้อรัง ระยะ สุดท้าย ที่ ไม่ ได้ รับ การ บำบัด ทดแทน ไต ใน โรง พยาบาล ยะลา. *วารสาร สาธารณสุข และ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ*, 4(2), 1-15.
- ภมร รัตน์ ศรี ธาราธิคุณ, & ศิริ จิต เนติ ภูมิ กุล. (2021). ผล ของ การ วางแผน การ ดูแล ล่วงหน้า ต่อ การ ดูแล ใน วาระ สุดท้าย ของ ชีวิต ใน คลินิก การ ดูแล ประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. *วารสาร ระบบ บริการ ปฐม ภูมิ และ เวชศาสตร์ ครอบครัว*, 4(1), 97-111.
- วิไล วงศ์ แก้ว, & อี ศ รา ส พ สมัย. (2023). ผล ของ การ พัฒนา แนว ปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย ระยะ สุดท้าย แบบ ประคับประคอง. *วารสาร สุขภาพ และ สิ่งแวดล้อม ศึกษา*, 8(2), 339-350.