



ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย สมองเสื่อมระยะท้าย ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจ ต่อการดูแลในระยะท้าย

รัตนารณ์ ศรีเกศ^{1,4}, ปาริชาติ เพียสุพรรณ^{2*}, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล^{3,4}, อรรถกร รักษาสัตย์^{3,4}

¹หน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ศูนย์การรณรงค์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴โครงการศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการรณรงค์

Outcomes of Palliative Care Program on Caregiver's Burden and Satisfaction in End-of Life Care among the Late Stage - Dementia Patients

Rattanaporn Siriket^{1,4}, Parichart Piasupun^{2*}, Srivieng Pairojkul^{3,4}, Attakorn Raksasataya^{3,4}

¹Palliative Nursing unit, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

²Department of Specialized Nursing and Supporting Nursing Service, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

³Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

⁴Karunruk Palliative Care Research Collaboration Center

Received: 5 July 2024/ Review: 8 July 2024/ Revised: 14 October 2024/

Accepted: 15 October 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความซับซ้อนและต้องการการดูแลทั้งหมดจากผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความอ่อนล้าเนื่องจากการดูแลที่เพิ่มขึ้น การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

วิธีการศึกษา: ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน แบบบันทึกการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ข้อมูลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 47 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยความถี่ ร้อยละ และ pair t - test สำหรับเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 47 ราย มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ 3.773, SD 2.63)

สรุป: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถลดภาระการดูแล ของผู้ดูแลและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ : ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, ภาระการดูแลของผู้ดูแล, ความพึงพอใจในการดูแล

*Corresponding author: Parichart Piasupun, Email: paripi@kku.ac.th

Abstract

Background and Objectives: Late-stage dementia patients receiving palliative care are often complex cases requiring total care from caregivers. Consequently, caregivers experience fatigue due to the increasing care burden. This study aimed to assess the outcomes of a palliative care program for dementia patients, focusing on caregiver burden and satisfaction with end-of-life care

Methods: A retrospective study of medical records and care records profiles of 47 patients recruited from January 1 to December 31, 2022. The sample was selected using a purposive sampling. Descriptive statistics including mean, standard deviation and percentage, were used. A paired t-test was applied to compare the mean caregiver burden scores before and after the palliative care program.

Results: The 47 patients with dementia who participated in the palliative care program showed a significantly lower average caregiver burden score after the intervention compared to before ($p < .05$). Additionally, satisfaction with end-of-life care was evaluated, with results indicating high satisfaction ($\bar{x}$ 3.773, Min 3.4 Max 4.0, SD 2.63).

Conclusion: Dementia patients who participated in the palliative care program received comfort care and died peacefully as needed with a very good level of nursing care.

Keywords: late dementia patient, palliative care, caregiver's burden, satisfaction of care

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรมากกว่า 57.4 ล้านคนทั่วโลก ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อม และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนเป็น 152.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593¹ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยตลอดจนผู้ดูแล ครอบครัวและสังคม การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระการดูแลที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องเศรษฐกิจ² ในสหรัฐอเมริกา มีประชากร 1.7 ล้านคน ที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 3 ล้านคน และเป็นโรคสมองเสื่อมในปี ค.ศ. 2004 พบว่าร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีแผนการดูแลล่วงหน้า และส่วนใหญ่ต้องการดูแลให้ผู้ป่วย สุขสบายหลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานในช่วงท้าย³ ในประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อมประมาณ 600,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดว่าจะจำนวนผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 ราย ในปี พ.ศ. 2573⁴

เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถมาติดตามการรักษาเองได้ ผู้ดูแลจะมาแทนเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถดูแลที่บ้านได้เนื่องจากขาดระบบให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ศูนย์การดูแล โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย โดยพยาบาลทำหน้าที่ลักษณะการจัดการแบบรายกรณี (nurse care manager)⁵ ผู้ป่วยจะได้รับประเมินอย่างเป็นองค์รวมรอบด้าน ทั้ง 9 มิติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย อาการทางกาย อาการทางจิตใจ ความต้องการทางสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความสามารถในการตัดสินใจ การสื่อสารให้ข้อมูล ความต้องการช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิต การคาดการณ์และวางแผนการเตรียมตัวกับการเสียชีวิตร่วมกับการดูแลที่จำเพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ตลอดจนถึงส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่ายในภาวะฉุกเฉินมีบริการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง สอนผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ดูแลต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ในการดูแลดังกล่าวอาศัยผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ อย่างยิ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่บ้านประสบความสำเร็จ ภายหลังดูแลในปี พ.ศ. 2565 ได้มีการจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองขึ้น เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่บ้าน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายต่อการดูแลของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการดูแลในระยะท้าย

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้รูปแบบประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาล (The nursing role effectiveness model) ของ Lukewich และคณะ⁶ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายต่อการดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลในระยะท้าย โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ ที่มีผลต่อคุณภาพการบริการของพยาบาลในการศึกษานี้ ได้แก่ 1) โครงสร้าง (structure) ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์กร 2) กระบวนการ (process) ประกอบด้วย ปัญหาและความต้องการในการให้บริการแบบประคับประคองตามบทบาทหลักของพยาบาล (บทบาทอิสระ บทบาทตามแผนการรักษาและบทบาทการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ) และ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ประกอบด้วย ผลลัพธ์ตามบทบาทการดูแลของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปพัฒนารูปแบบและกิจกรรมการให้การพยาบาลในโปรแกรมการดูแล

ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้วิจัยและคณะ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity : CVI) ได้เท่ากับ .94 โดยใช้แนวคิดยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 1) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์วินิจฉัย คัดกรองตามระดับสมรรถนะ (functional assessment staging tool :FAST) และประวัติการเจ็บป่วย 2) การพยาบาลที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ได้แก่ การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้ pain assesment in advance dementia : PAINAD score เพื่อประเมินอาการปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถสอนผู้ดูแลให้ประเมินเองได้ที่บ้าน ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติด การประเมินอาการทางจิตประสาทโดยใช้ neuropsychiatric inventory questionnaire: NPI-Q จัดการอาการโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินภาวะโภชนาการ mini nutrition assessment: MNA ทั้งภาวะเสี่ยงและปัญหาภาวะโภชนาการ ติดตามปริมาณ อาหารที่ได้รับและน้ำหนักตัวร่วมกับการพูดคุยกับผู้ดูแลถึงปริมาณอาหารที่ได้ลดลง ทดสอบการกลืน และ

ฝึกกลืนอย่างปลอดภัย 3) ประเมินอาการทางจิตใจ ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ดูแล บทบาทสมาชิกในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายได้ สถานะการเงิน แหล่งสนับสนุน ปัญหาด้านสังคม ความโดดเดี่ยว ประเมินความพร้อม อารมณ์ ความรู้สึก การเผชิญกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้าน ประเพณีวัฒนธรรม การเข้าถึงและกิจกรรมพักผ่อน แหล่งช่วยเหลือมีการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน caregiver bundle - ZBI (Zarit burden interview)⁷ เป็นการประเมินด้านจิตใจ ความรู้สึกผิด และลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล และให้การพยาบาล ที่สอดคล้องกับผลการประเมินนั้น

4) ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ค้นหาสิ่งที่มีความหมายของชีวิต ค้นหาแหล่งความหวังกำลังใจและเป้าหมายของการรักษา ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ของผู้ดูแล ประเมินการรับรู้โรค ภาวะสับสน สื่อสารให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันและทำแผนการดูแลล่วงหน้า 5) ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลพื้นฐาน เช่น การทำแผล การดูดเสมหะ การป้องกันแผลกดทับ การอาบน้ำบนเตียง การให้อาหารทางสายยาง 6) การประเมินอุปกรณ์ สิ่งของที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น เตียงที่นอนลม ออกซิเจน เครื่องให้ยา ต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง 7) การส่งต่อทีมสุขภาพใกล้บ้าน 8) ประเมินวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต คาดการณ์และวางแผนการเตรียมตัวกับการเสียชีวิต อาการในช่วงก่อนเสียชีวิตดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายในวาระสุดท้ายของชีวิต และ 9) การประเมินหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 2 เดือน เพื่อสอบถามว่าในช่วง 90 วันสุดท้ายผู้ป่วยสุขสบายหรือไม่ และเป็นการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต (satisfaction with care at the end of life in dementia : SWC-EOLD ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.711⁸ ผู้ป่วยในโปรแกรมฯ จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกเดือน และประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลซ้ำภายหลังดูแล 2 เดือน

ตัวแปรตาม คือ ภาระของผู้ดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ขอรับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โครงการวิจัยนี้

ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661123 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือ FAST ซึ่งมีทั้งหมด 7 ระยะ โดยโรคสมองเสื่อมระยะที่ 7 ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสื่อมของสมองรุนแรง แบ่งย่อยออกเป็นระดับ a-f

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่อยู่ในระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ⁹ ได้แก่

1. มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา
2. มีปัญหาการกลืนอาจได้รับหรือไม่ได้รับการให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube : NG, percutaneous endoscopic gastrostomy: PEG) มาก่อน
3. ระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 มก./ดล. และเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาการกลืน หรือให้อาหารทางสายยางอัลบูมินน้อยกว่า 3.5 มก./ดล. และแพทย์เจ้าของไข้ ปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ร่วมดูแล
2. เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อายุ 20 ปี ขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่เสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์หลังปรึกษาเข้าในโปรแกรมฯ

สถานที่และระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 สถานที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ด้านการบริการและด้านการบริหารทางการแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแล⁷

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต SWC - EOLD ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคทั้งหมด เท่ากับ 0.711⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ pair t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งหมด 47 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุอยู่ในช่วง 80-89 ปี (ร้อยละ 46.81) สิทธิการรักษาจ่ายตรง/เบิกได้ (ร้อยละ 87.24) สถานภาพสมรสเป็นหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 59.58) ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับ 7f (ร้อยละ 31.91) รองลงมาคือระดับ 7c ประวัติเรื่องการติดเชื้อใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปอดอักเสบติดเชื้อ (ร้อยละ 25.53) มีปัญหากลืนลำบาก ใส่ NG /PEG ร้อยละ 36.17 ระดับอัลบูมินในเลือด น้อยกว่า 3.5 มก./ดล. (ร้อยละ 51.06) (ตารางที่ 1)

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.68) รองลงมาคือ ระดับรุนแรง (ร้อยละ 36.17) (ตารางที่ 2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับการดูแลในโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2 เดือน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแล ผู้ดูแลมีคะแนนภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

การประเมินหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 2 เดือน เพื่อสอบถามว่าในช่วง 90 วันสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต ผู้ป่วยสุขสบายหรือไม่ และเป็นการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ดูแล จำนวน 15 ราย พบว่า ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ข้อ 7 ฉันรู้สึกว่าคุณป่วยที่ฉันให้การดูแลได้รับการช่วยเหลือด้านการพยาบาลทั้งหมดที่จำเป็น ค่าคะแนนเฉลี่ย 4 รองลงมาคือ ข้อ 3 การจัดการดูแลที่เกิดขึ้นทั้งหมดก็เพื่อให้ผู้ป่วยในการดูแลของฉันสุขสบาย ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.93 ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือข้อ 2 ฉันอาจตัดสินใจแตกต่างจากที่ผ่านมาถ้าฉันได้รับข้อมูลมากกว่านี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.53 (ตารางที่ 4) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 3.773 อยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 47)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	22 (46.81)
หญิง	25 (53.19)
ช่วงอายุ (ปี)	Min 64 max 100 Mean 83.96 SD 8.97
60-69	5 (10.64)
70-79	6 (12.76)
80-89	22 (46.81)
>90	14 (29.79)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง	6 (12.76)
จ่ายตรง/เบิกได้	41 (87.24)
สถานภาพสมรส	
คู่	19 (40.42)
หม้าย /หย่าร้าง	28 (59.58)
ระดับความรุนแรงของโรค	
ระดับ 7a	6 (12.76)
ระดับ 7b	6 (12.76)
ระดับ 7c	14 (29.79)
ระดับ 7d	4 (8.52)
ระดับ 7e	2 (4.26)
ระดับ 7f	15 (31.91)
ประวัติเรื่องการติดเชื้อในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	
ปอดอักเสบติดเชื้อ	12 (25.53)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	2 (4.26)
ติดเชื้อที่แผลกดทับ	2 (4.26)
ติดเชื้อโควิด	4 (8.52)
ไม่มีติดเชื้อ	27 (57.43)
มีปัญหากลืนลำบาก	
ใส่ NG /PEG	17 (36.17)
มีกลืนลำบากแต่ไม่ใส่ NG	5 (10.64)
ไม่มีกลืนลำบาก	25 (53.19)
ระดับอัลบูมินในเลือด	
< 3.5 มก./ดล.	24 (51.06)
> 3.5 มก./ดล.	22 (46.81)
ไม่ทราบค่าอัลบูมิน	1 (2.13)

ตารางที่ 2 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนการดูแล (n = 47)

ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
เล็กน้อย (0-10 คะแนน)	9 (19.15)
ปานกลาง (11-20 คะแนน)	21 (44.68)
รุนแรง (> 20 คะแนน)	17 (36.17)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2 เดือน (n = 47)

ตัวแปร	Mean ±S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.87±6.99	6.514	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.98±4.46		

*p < .05

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (n = 15 ราย)

ข้อที่	ค่าคะแนนดิบ	ค่าคะแนนที่แปลผลแล้ว	SD
1. ฉันรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่างอย่างเต็มที่	3.87	3.87	0.35
2. ฉันอาจตัดสินใจแตกต่างจากที่ผ่านมา ถ้าฉันได้รับข้อมูลมากกว่านี้*	1.47	3.53	0.51
3. การจัดการดูแลที่เกิดขึ้นทั้งหมดก็เพื่อทำให้ผู้ป่วยในการดูแลของฉันมีความสุข	3.93	3.93	0.25
4. ทีมสุขภาพไวต่อความต้องการและความรู้สึกของฉัน	3.6	3.6	0.50
5. ฉันไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยที่ฉันให้การดูแล*	1.2	3.8	0.41
6. ฉันรู้ว่าแพทย์และพยาบาลท่านใดที่รับผิดชอบผู้ป่วยที่ฉันให้การดูแล	3.67	3.67	0.48
7. ฉันรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ฉันให้การดูแลได้รับการช่วยเหลือด้านการพยาบาลทั้งหมดที่จำเป็น	4	4	0
8. ฉันรู้สึกว่าการอธิบายเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาทั้งหมดอย่างชัดเจน	3.8	3.8	0.41
9. ผู้ป่วยที่ฉันให้การดูแลได้รับการรักษาหรือการจัดการแทรกแซงทั้งหมดที่จะเป็นประโยชน์ สำหรับผู้ป่วย	3.8	3.8	0.41
10. ฉันรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ฉันให้การดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่ดีกว่านี้ในวาระสุดท้ายของชีวิต*	1.27	3.73	0.45

*ให้ค่าคะแนนแบบผกผัน

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตรวมนับ

ความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตรวมนับ	ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมนับ
ความพึงพอใจต่อการดูแล	3.773
ในวาระสุดท้ายของชีวิต	Min 3.4 Max 4.0 SD 2.63

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแล

ในวาระสุดท้ายของชีวิตสอดคล้องกับในประเทศสิงคโปร์ที่มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายมีอาการไม่สุขสบายลดลงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลมีส่วนในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนการดูแลที่บ้านโดยทีมเยี่ยมบ้าน โรคสมองเสื่อมระยะท้ายเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะและมีการบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านจะถือเป็นก้าวแรกในการลดความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต⁹ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ 184 ราย และกลุ่มดูแลแบบปกติ 139 ราย และพบว่าโปรแกรمدังกล่าวทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อคนลดลง ลดการมาที่ห้องฉุกเฉินและลดการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย¹⁰

สรุป

การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นระยะเวลา 2 เดือน สามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลและเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก The Lien Collaborative Scholarship และทุนสนับสนุนนำเสนองานวิจัยจากกองบริหารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี พ.ศ. 2566 ในการนำเสนองานวิจัยงานประชุมวิชาการ 15th Asia Pacific Hospice Palliative Care Conference 2023 ณ เมือง Incheon ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี ระหว่างวันที่ 4 - 7 ตุลาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

- Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the global burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* 2022;7(2):e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
- Sontheimer N, Konnopka A, König HH. The excess costs of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 2021;83(1):333-54. doi:10.3233/JAD-210174
- Ersek M, Joan G. Carpenter. *Geriatric Palliative Care in Long-Term Care Settings with a Focus*, 2013. doi:10.1089/jpm.2013.9474
- Bureau of Information. News for social [Internet]. [cited November 1, 2023] Available from: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=86580; 2017.
- Karunruk Palliative Care Statistics Srinagarind Hospital. Statistical Center Annual Report. Srinagarind Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University, 2021.
- Lukewich J, Tranmer J, Kirkland L, Walsh B. The Nursing Role Effectiveness Model: A framework for evaluating the impact of nursing on patient outcomes. *J Nurs Manag* 2019;27(8):1578-86. doi:10.1002/nop2.281
- Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand* 2015; 23(1):12-23.
- Siriket R, Piasupun P, Raksasataya A. Translation and reliability testing of the instrument satisfaction with palliative care for patients with end-of-life dementia. *Srinagarind Med J* 2022;37(5):533-8.
- Allyn YM Hum, Wu HY, Noorhazlina B, Ali IYO, Chin JJ, Lee AOK, et al. The dignity in advanced dementia (DIAdEm) study: Developing an integrated geriatric palliative homecare program. *Prog Palliat Care* 2018;26(2):65-72. doi:10.1080/09699260.2018.1442286
- Pereira MJ, Tay RY, Tan WS, De Castro Molina JA, Noorhazlina B, Leong IYO, et al. Integrated palliative homecare in advanced dementia: reduced healthcare utilisation and costs. *BMJ Support Palliat Care* 2023;13(1):77-85. doi:10.1136/bmjspcare-2019-002145

SMJ