



ผลงานพัฒนาคุณภาพ (CQI)

ชื่อผลงาน : การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยในพิเศษ โรงพยาบาลกันตัง
ปัญหาและสาเหตุ : หอผู้ป่วยในพิเศษให้บริการเมื่อ กันยายน 2558 ผู้ป่วยที่รับไว้ตั้งแต่เดือน ต.ค. - ธ.ค. 2558 ทั้งหมด 351 ราย มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย 3.4 % คิดเป็น 10.2% ของวันนอนทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดระยะยาว อาการทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์จากการรักษาพยาบาลสูงสุด หอผู้ป่วยในพิเศษจึงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ช่วงเวลาชีวิตที่เหลือมีคุณภาพ บรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เต็มเต็มและตอบสนองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ ช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นกระบวนการสูญเสียและสามารถดำเนินชีวิตไปได้

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลประคับประคองแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณก่อนเสียชีวิตและหลังเสียชีวิตอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพัฒนารอบที่ 1 (ต.ค.58 – ธ.ค. 58)

1. ประชุมหาข้อตกลงร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ใช้แบบประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale version 2:PPS scale) กำหนดระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
3. ผู้ป่วยที่ PPS scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40% รายงานแพทย์ เพื่อให้การวินิจฉัย “Palliative care”
4. ประเมินอาการรบกวนแบบประเมิน ESAS นำปัญหามาวางแผนให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล
5. ใช้แบบประเมินอาการปวด (Pain score) ในผู้ป่วยที่ปวด ดูแลตามแนวทางและประเมินซ้ำหลังได้ยา
6. ประสานทีม Palliative care ประเมินปัญหา วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
7. วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีม Palliative และ HHC เพื่อติดตามประเมินและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
8. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนาต่อ

ผลจากการดำเนินงานรอบที่ 1

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPS scale	≥ 80	91
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการรบกวนแบบประเมินESAS	≥ 80	75
3. ผู้ป่วยได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥ 80	100
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	≥ 80	96
5. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	≥ 80	76.6

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในพิเศษมีจำนวน 7 ราย รับไว้ในโรงพยาบาล 12 ครั้ง จำนวน 105 วันนอน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล พบโรคมะเร็ง 72% และโรคจากการติดเชื้อ 23%

จากการดำเนินงานรอบที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่ PPS scale ≤ 40% ได้รับการประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และขาดการประเมินอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS เนื่องจากขาดทักษะการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีมิติของจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องผ่านการฝึกฝนให้สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้อ่อนไหวไปกับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยจึงรู้สึกสะเทือนใจ กังวล กลัว ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง มีการดำเนินการต่อในรอบที่ 2

ข้อเสนอแนะของทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติ รอบที่ 1

1. ทีมดูแลขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รู้สึกกลัวกังวลว่าจะทำหรือพูดแล้วทำให้ญาติเสียใจ
2. ทีมดูแลขาดทักษะการประเมินสภาวะผู้ป่วยและการจัดการความเจ็บปวดโดยการใช้ยาที่เหมาะสม
3. ญาติต้องการได้รับการรณาส่งผู้ป่วยที่บ้าน สนับสนุนหรือแนะนำการจัดซื้ออุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน

กิจกรรมรอบที่ 2 (ม.ค. 59 – เม.ย.59)

1. ทีมผู้ดูแลทุกคนได้รับการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถประเมิน PPS scale ได้
2. กรณี PPS scale \leq 40% วินิจฉัย Palliative care ประเมิน ESAS นำปัญหาวางแผนดูแลและจัดการอาการรบกวน

3. วางแผนการจำหน่ายและสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลต่อที่บ้านและการติดตามประเมิน

ผลจากการดำเนินงานรอบที่ 2

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
ผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPS scale	\geq 80	91	100
ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS	\geq 80	75	100
ผู้ป่วยได้รับการติดตามและดูแลต่อที่บ้าน	\geq 80	100	100
ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\geq 80	96	93.3
ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\geq 80	76.6	90

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในพิเศษทั้งสิ้นจำนวน 8 ราย รับไว้ดูแล 12 ครั้ง จำนวน 119 วันนอน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ราย โดยผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือกระสับกระส่าย ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา นิมนต์พระเพื่อถวายเป็นสังฆทาน สวดมนต์เปิดเทพธรรมะ ให้ยาลดอาการปวด ให้การพยาบาลด้วยความเคารพ และขอโทษกรรมเมื่อเสียชีวิต

อำนวยความสะดวกเรื่องเอกสารและบริการรณาส่งที่บ้าน ติดตามประเมินการเผชิญการสูญเสียของครอบครัว จากการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPS scale และ ESAS ทุกราย แต่ไม่ได้นำปัญหาวางแผนการพยาบาล ทีม Palliative care ร่วมประเมินปัญหาและวางแผนให้การดูแลและวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติแต่ขาดการบันทึกในเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในการดูแล 2 ครั้ง PPS scale 60% ผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้รับการดูแลจากทีม Palliative care เพื่อประเมินปัญหาและร่วมกันวางแผนให้การดูแลที่บ้าน 1 เดือนต่อมาผู้ป่วยมีการลุกลามของโรคและเสียชีวิตในที่สุด จึงพัฒนาต่อในรอบที่ 3

ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและญาติ รอบที่ 2

ญาติต้องการความเป็นส่วนตัวในการใช้เวลาที่เหลืออยู่กับผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่ถูกรบกวนโดยการให้ การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

กิจกรรมรอบที่ 3 (พ.ค. 59 – ปัจจุบัน)

1. ทีม Palliative ประชุมเพื่อปรับแนวทางการดูแล ร่วมจัดทำแผนและโครงการพัฒนาต่อเนื่อง

2. เขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยนำอาการรบกวนจากการประเมิน ESAS ตั้งแต่แรก
รับ
บทเรียนที่ได้รับ :

1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานต้องผ่านการฝึกฝนให้มีทักษะ จึงจะสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้อ่อนไหว สะเทือนใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
2. การปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัย สื่อสารโดยใช้ระบบ Line ในกลุ่มเชื่อมโยงกับชุมชน
3. ผู้ป่วยแต่ละรายควรได้รับการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลที่เหมาะสมตามความเชื่อและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกัน ต้องมีความยืดหยุ่นในระเบียบและแนวทางปฏิบัติ ลดการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น