

Original Article

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง

Outcome of Care in the End of Life Dementia Patients Receiving Palliative Care

รัตนารณณ์ ศิริเกตุ¹, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ¹, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล²

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²ศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์ : ศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครบวงจรในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ในกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายมาตั้งแต่ปี 2560 โดยเกณฑ์ในการขอรับคำปรึกษาคือผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ทั้งโรงพยาบาลและที่บ้าน เน้นการสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลต่อเนื่องจนเสียชีวิต และให้การดูแลหลังสูญเสีย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 -30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 41 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย อยู่ในระดับ 7f มากที่สุด จำนวน 23 ราย (56.10%) ประวัติเรื่องการติดเชื้อใน 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ จำนวน 14 ราย (34.15%) มีปัญหาการกลืนลำบากก่อนปรึกษา 25 ราย (60.98%) ระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนปรึกษา น้อยกว่า 3.5 mg/dl จำนวน 30 ราย (73.17%) ด้านภาวะโภชนาการมีภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 23 ราย (56.10%) ส่วนอาการทางจิตประสาทพบเพียง จำนวน 13 ราย (31.70%) อาการทางจิตประสาทที่พบ คือ มีปัญหาการนอนปัญหาพฤติกรรมกลางคืน จำนวน 7 ราย (17.08%) อาการปวด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 32 ราย (78.05%) ซึ่งมีการจัดการอาการปวด โดยใช้ยามอร์ฟิน จำนวน 35 ราย (85.37%) มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 40 ราย (97.56%) ภายหลังดูแล พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายเสียชีวิตจำนวน 16 ราย จำแนกตามลักษณะการเสียชีวิต ได้แก่ เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน 6 ราย (37.50%) เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์ 7 ราย (43.75%) เสียชีวิตไม่ปฏิบัติตามแผนดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ เนื่องจากญาติเปลี่ยนใจ 2 ราย (12.50%) ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจใน รพ. 1 ราย (6.25%) ระยะเวลาที่ดูแลส่วนใหญ่มากกว่า 12 เดือน จำนวน 25 ราย (60.98%) ด้านผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 24 ราย (58.53%) ประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 30 ราย (73.17%) และได้รับการเยี่ยมบ้าน 41 ราย (100%)

สรุป : ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมดในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาทจะลดลงตามระยะของโรค ทำให้ผู้ดูแลลดปัญหา caregiver burden จากอาการทางจิตประสาท แต่จะเพิ่มภาระที่หนักมากขึ้นเนื่องจากต้องการการดูแลจากผู้ดูแล การจัดระบบเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โรคสมองเสื่อมระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายแบบประคับประคอง

บทนำ

ในกลุ่มวัยสูงอายุแม้มีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นโรคของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน¹ นับเป็นปัญหาที่ท้าทายต่อระบบนโยบายและสาธารณสุขของประเทศไทยในการเตรียมระบบบริการสำหรับรองรับสนับสนุน ตลอดจนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในวาระท้าย ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอ เปราะบาง (frailty) มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายมากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป ต้องทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย เช่น ภาวะติดเชื้อ ปัญหาการกลืน

การเคลื่อนไหว การกลืนอาหาร ปัสสาวะไม่ได้ หรือ จากภาวะกระวนกระวาย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่แตกต่างกัน² แต่ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างกันที่การพยากรณ์โรค ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายไม่สามารถบอกระยะเวลาที่เหลืออยู่ได้แน่ชัดเท่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้าย³

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นทีมให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2553 มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับ ประคอง ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ประสานส่งต่อภาคีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ จากสถิติ ปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 826, 1,026 และ 1,150 ราย/ปี ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 65 มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมขอเข้ารับการรักษา 41 ราย⁴ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถมาติดตามการรักษาเองได้ ผู้ดูแลจะมาแทนเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เนื่องจากขาดระบบให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงได้ริเริ่มการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายร่วมกันขึ้น โดยพยาบาลทำหน้าที่ลักษณะการจัดการแบบรายกรณี (nurse care manager) ให้การดูแลครอบคลุมในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม ดูแลจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย การประเมินปัญหาและให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ค้นหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือ ช่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้า เตรียมความพร้อมเมื่อความตายใกล้มาถึง ตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิเสธการพุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ด้วยตัวเอง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ยืมกลับไปใช้ที่บ้าน ส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่าย ในภาวะฉุกเฉินมีบริการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง สอนผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ดูแลต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ภายหลังดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ได้ 1 ปี ผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์งานเรื่องผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 กันยายน พ.ศ. 2561 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไปพร้อมกับมีข้อใด ข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบ ติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา, มีปัญหาการกลืน หรือให้อาหารทางสายยาง, อัลบูมินน้อยกว่า 3.5 mg/dl เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 -30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 41 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ
2. แบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST) เพื่อประเมินระยะของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย
3. แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยสมองเสื่อม (mini nutrition assessment: MNA) เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
4. แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม (neuropsychiatric inventory : NPI) เพื่อประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
5. แบบบันทึกการประชุมครอบครัว เพื่อทราบผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
6. แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฉบับสั้น 12 ข้อ เพื่อประเมินภาระผู้ดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
7. แบบประเมินอาการปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย PAINAD
8. แบบประเมินการเยี่ยมบ้านหน่วยการดูแล
9. แบบบันทึกการโทรติดตามผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการไม่สุขสบายการจัดการอาการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคสมองเสื่อมระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือ Functional Assessment Staging Test (FAST) ซึ่งมีทั้งหมด 7 ระยะ โดยโรคสมองเสื่อมระยะที่ 7 ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสื่อมของสมองรุนแรง แบ่งย่อยออกเป็นระดับ a-f เกณฑ์ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับ มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาการกลืนอาจได้รับหรือไม่ได้รับการให้อาหารทางสายยางมาก่อน ระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 mg/dl⁵

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ทรมาน การบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง การบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย⁶

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง ผลลัพธ์ ของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับบริการจากศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ในการจัดการแบบรายกรณี ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพ อาชีพ 2) ข้อมูลการประเมินผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ได้แก่ ระดับของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ประวัติ เรื่องการติดเชื้อใน 1 ปี ปัญหาคลื่นลำบาก ภาวะโภชนาการ ระดับอัลบูมินในเลือด อาการ ทางจิตประสาท ประเมินอาการปวด การจัดการอาการปวด การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การใส่ ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ การเสียชีวิต การลงเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การประเมินผู้ดูแลหลัก และภาระการดูแลที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำปัญหาปรึกษาหัวหน้าหน่วยงานเพื่อจัดทำโครงการ และจัดประชุมในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานโครงการ
2. ประสานกับคลินิกโรคสมองเสื่อมของแผนกอายุรกรรม 9 และแผนกจิตเวช เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการ

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
2. จัดเตรียมแบบประเมิน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย สำหรับดำเนินการดูแลผู้ป่วย ในแฟ้มดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายสำหรับพยาบาล
3. ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลที่ได้ความถูกต้อง การให้คะแนน และการแปลผล รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์งานครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 41 คน ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.73 เพศชาย จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.27 ส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุ 80 - 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.34 รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.27 ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.63 และอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.76 ตามลำดับ สถิติการรักษาส่วนใหญ่ เป็นสถิติจ่ายตรง/เบิกได้ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.37 และสถิติบัตรทอง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย /หย่าร้าง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.66 รองลงมาสถานภาพคู่จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.46 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.85 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.95 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย (n = 41)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	29.27
หญิง	29	70.73
ช่วงอายุ (ปี)		
60-69	4	9.76
70-79	12	29.27
80-89	19	46.34
> 90	6	14.63
สถิติการรักษา		
บัตรทอง	6	14.6
จ่ายตรง/เบิกได้	35	85.37
สถานภาพสมรส		
คู่	17	41.46
โสด	2	4.88
หม้าย /หย่าร้าง	22	53.66
อาชีพ		
เกษตรกร	4	9.76
รับราชการ	27	65.85
รับจ้าง	1	2.44
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	21.95

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายทั้งหมด จำนวน 41 ราย ประเมินระดับของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย Functional Assessment Staging Test (FAST) อยู่ในระดับ 7f มากที่สุด จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.10 รองลงมาอยู่ในระดับ 7c 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 ระดับ 7b 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.19 และระดับ 7a 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32

ประวัติเรื่องการติดเชื้อใน 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.15 รองลงมาคือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 และน้อยที่สุดคือ แผลกดทับติดเชื้อ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.76

มีปัญหากลืนลำบากก่อนปรึกษา ทั้งหมด 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.98 ใส่ NG /PEG จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.34 ไม่ใส่ NG จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ระดับอัลบูมิน ในเลือดก่อนปรึกษา น้อยกว่า 3.5 mg/dl จำนวน 30 ราย คิดเป็น 73.17 มากกว่า 3.5 mg/dl จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ไม่ทราบค่าอัลบูมิน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ด้านภาวะโภชนาการมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายมีภาวะขาดสารอาหาร (0 - 7 คะแนน) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.10 ซึ่งสัมพันธ์กับระยะตัวโรคที่เป็นรุนแรงมากขึ้น ทำให้ร่างกายรับอาหารได้ลดลง มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (8 -11 คะแนน) จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.51 และมีภาวะโภชนาการปกติ (12 -14 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 24.39

อาการทางจิตประสาทพบเพียง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.70 อาการทางจิตประสาทที่พบ คือ มีปัญหาการนอนปัญหาพฤติกรรมกลางคืน จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.08 รองลงมาคือ กระสับกระส่าย ก้าวร้าวจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.3 และมีความคิดหลงผิด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.31 ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทจะมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.95 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.31 และระดับรุนแรงน้อย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ประเมินความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อนของผู้ดูแลต่ออาการนั้นๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้แต่ไม่ถนัด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.75 รองลงมาคือระดับ 4 เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.31 ระดับ 2 เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหาได้โดยง่าย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ระดับ 0 ไม่มีเลย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ระดับ 1 เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ระดับ 5 เดือดร้อนมากไม่สามารถจัดการปัญหาได้ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44

การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.05 และความปวดระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ส่วนระดับความปวดเล็กน้อยมีเพียง (1-3 คะแนน) มีเพียง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.75 ซึ่งมีการจัดการอาการปวด โดยใช้ยามอร์ฟีน จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.37 ไม่ใช้ยา morphine จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.56 และอีก 1 ราย ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้า คิดเป็นร้อยละ 2.44 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ได้รับการพ่วงซีฟ ก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 จำแนกเป็น ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.07 เจาะคอก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32 และผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายได้รับการพ่วงซีฟโดยการใส่ท่อช่วยหายใจหลังปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ภายหลังดูแล พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายเสียชีวิตจำนวน 16 ราย จำแนกตามลักษณะการเสียชีวิต ได้แก่ เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 เสียชีวิตไม่เป็นไปตามแผนดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ เนื่องจากญาติเปลี่ยนใจ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจใน รพ. 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายทุกรายมีการลงเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายโดยทีมเยี่ยมบ้าน ศัลยกรุ่นรักษ์ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่มากกว่า 12 เดือน จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.98 6 - 12 เดือน จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.95 น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.07

ด้านภาวะผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.53 รองลงมาเป็น เป็นญาติของผู้ป่วยและมีค่าตอบแทนให้ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 และเป็น ผู้ดูแลที่จ้างมา 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.07 ส่วนใหญ่ประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อยู่ใน ระดับเล็กน้อย (0-10 คะแนน) จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.17 ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ส่วนระดับรุนแรง (> 20 คะแนน) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (n = 41 ราย)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (โดยใช้ FAST)		
ระดับ 7a	3	7.32
ระดับ 7b	5	12.19
ระดับ 7c	10	24.39
ระดับ 7f	23	56.10
ประวัติเรื่องการติดเชื้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ปอดอักเสบติดเชื้	14	34.15
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	5	12.20
ติดเชื้ที่แผลกดทับ	4	9.76
มีปัญหากลืนลำบากก่อนปรึกษา	25	60.98
ใส่ NG /PEG	19	46.34
ไม่ใส่ NG	6	14.63
ระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนปรึกษา		
น้อยกว่า 3.5 mg/dl	30	73.17
มากกว่า 3.5 mg/dl	5	12.20
ไม่ทราบค่าอัลบูมิน	6	14.63
ภาวะโภชนาการ (โดยใช้เครื่องมือ MNA)		
ภาวะโภชนาการปกติ (12-14 คะแนน)	10	24.39
มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน)	8	19.51
ขาดสารอาหาร (0-7 คะแนน)	23	56.10
ประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม		
มีอาการทางจิตประสาท	13	31.70
ไม่มีอาการทางจิตประสาท	28	68.30
1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมอาการทางจิตประสาท		
มีปัญหาการนอน ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน	7	17.08
ความคิดหลงผิด	3	7.31
กระสับกระส่าย ก้าวร้าว	3	7.31
ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาท		
ระดับ 1 รุนแรงน้อย	1	2.44
ระดับ 2 ปานกลาง	3	7.31
ระดับ 3 มาก	9	21.95
ประเมินความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อนของผู้ดูแลต่ออาการนั้น ๆ		
ระดับ 0 ไม่มีเลย	2	4.88
ระดับ 1 เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา	1	2.44
ระดับ 2 เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหาได้โดยง่าย	2	4.88
ระดับ 3 เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้แต่ไม่่ง่ายนัก	4	9.75
ระดับ 4 เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก	3	7.31
ระดับ 5 เดือดร้อนมากไม่สามารถจัดการปัญหาได้	1	2.44

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (n = 41 ราย) (ต่อ)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินอาการปวด		
ความปวดระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	4	9.75
ความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	32	78.05
ความปวดระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน)	5	12.20
การจัดการอาการปวด		
การใช้ยามอร์ฟิน	35	85.37
ไม่ใช้ยามอร์ฟิน	6	14.63
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	40	97.56
ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	1	2.44
การใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ		
ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์	7	17.07
เจาะคอก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์	3	7.32
ใส่ท่อช่วยหายใจหลังปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์	2	4.88
ลักษณะการเสียชีวิต		
เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน	6	37.50
เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์	7	43.75
เสียชีวิตไม่เป็นไปตามแผนการดูแลล่วงหน้า	2	12.50
ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล	1	6.25
การเยี่ยมบ้าน		
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	41	100
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มดูแลจนเสียชีวิต		
น้อยกว่า 6 เดือน	7	17.07
6 - 12 เดือน	9	21.95
มากกว่า 12 เดือน	25	60.98
ผู้ดูแลหลัก		
เป็นบุคคลในครอบครัว	24	58.53
เป็นญาติของผู้ป่วยและมีค่าตอบแทนให้	10	24.39
ผู้ดูแลที่จ้างมา	7	17.07
ประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
ระดับเล็กน้อย (0-10 คะแนน)	30	73.17
ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน)	5	12.20
ระดับรุนแรง (> 20 คะแนน)	6	14.63

สรุปและวิจารณ์

ผู้ศึกษาสรุปและวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์งาน โดยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายสามารถอภิปราย ได้ดังนี้

1. **ด้านผู้ป่วย** พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่มีระดับ FAST staging 7f ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและอยู่บนเตียงตลอด ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด ในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาทจะลดลงตามระยะของโรค มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทเพียงร้อยละ 31.70 ทำให้ผู้ดูแลลดปัญหา caregiver burden จากอาการทางจิตประสาท ที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่จะเพิ่มภาวะที่หนักมากขึ้นเนื่องจากต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด PAINAD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่มีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายมีอาการปวด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการจัดการอาการปวดทำให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงและสุขสบายขึ้น นอกจากนี้ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการกลืนกิน เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 56.10 ซึ่งสัมพันธ์กับระยะตัวโรคที่เป็นรุนแรงมากขึ้น ทำให้ร่างกายรับอาหารได้ลดลง กรณีผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบากจากการศึกษาของ Susan และคณะ⁷ พบว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการให้อาหารทางสายยางไม่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต หรือทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายสุขสบาย ตรงกันข้ามอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับและเกิดปอดอักเสบจากการสำลักมากขึ้น⁷ การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและป้องกันความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่รุกรานได้

2. **ด้านผู้ดูแล** ในการวิเคราะห์งานครั้งนี้ ผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา caregiver burden ร้อยละ 73.17 สัมพันธ์อาการทางจิตประสาทจะลดลงตามระยะของโรคด้านความจำและการคิดวิเคราะห์ จะไม่รับรู้เรื่องอดีตที่ผ่านมาและอนาคตข้างหน้า ด้านภาษา ไม่สามารถพูดได้ หรือพูดคุ้ยได้เป็นคำๆ หรือ 2-3 คำ ด้านอารมณ์พฤติกรรมไม่สามารถแสดงอารมณ์หรือความรู้สึกออกไม่ได้

3. **ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย** การจัดระบบเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องตัวโรคและระยะของโรค ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ตลอดจนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับดูแลที่บ้านทำให้ครอบครัวลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา และเครื่องให้ยาอัตโนมัติต่อเนืองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย และมีการปรับจัดสรรเวลาดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละรายซึ่งมีความจำเพาะแตกต่างกัน

ด้านการบริหารการพยาบาล

สนับสนุนและส่งเสริม พัฒนาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย สู่แนวปฏิบัติการพยาบาล และสามารถนำมาใช้ในหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย

ด้านการวิจัย

ควรมีการวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายในรูปแบบการศึกษาวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ Dr. Allyn Hum, Consultant Geriatrician and Palliative Care Physician at the Department of Palliative Medicine in Tan Tock Seng Hospital และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงปณิดา ลิ้มปะวัฒนา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อาจารย์แพทย์ที่ได้ประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานในหน่วยการพยาบาลระดับประคองที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุน คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ขอขอบพระคุณบุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำโครงการตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2015). The epidemiology and impact of dementia current state and future trends. Geneva: World Health Organization.
2. McCarthy M, Addington-Hall J, Altmann D. The experience of dying with dementia: A retrospective study. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12:404-9.
3. Mitchell S, Teno J, Kiely D, Schafer M, Jones R, Prigerson H. The Clinical Course of Advanced Dementia. N Engl J Med 2010;361:1529-38.
4. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. (2555). รายงานประจำปีสถิติศูนย์การุณรักษ์. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

5. Allyn YM Hum, Huei Yaw Wu, Noorhazlina Binte Ali, Ian YO Leong, Jing Jih Chin, Angel OK Lee, Ri Yin Tay & Mervyn YH Koh. (2018). The dignity in advanced dementia (diadem) study:Developing an integrated geriatric palliative homecare program. Progress in Palliative Care. <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=yppc> Science and the Art of Caring.
6. World Health Organization. (1998). Cancer pain relieve and palliative care in children. Geneva: World Health Organization.
7. Susan E. Merel, Shaune DeMers, Elizabeth Vig. (2014). Palliative Care in Advanced Dementia. Downloaded for Anonymous User (n/a) at Medical Library Faculty of Medicine, Khon Kaen University from ClinicalKey.com by Elsevier on March 09, 2019
8. Alzheimer Association. (2010). Greater Illinois Chapter. Encouraging Comfort Care A Guide for Families of People with Dementia Living in Care Facilities [Internet]. Alzheimer Association - Greater Illinois Chapter. [cited 2015 Dec 2]. Available from: http://www.alzheimers-illinois.org/pti/downloads/Encouraging%20Comfort%20Care_SINGLE.pdf