



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวธณสมร โลภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ


ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวธณสมร โลภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๕๒๒๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๕๒๒๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๖” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
				 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อผลงาน: การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566
 2. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 – วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
- ผังกำกับการทำงาน

กิจกรรม	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. เลือกกรณีศึกษาที่จะทำการศึกษาจากตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล เกษรวิสัย จำนวน 1 ราย	↔			
2. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วย	↔			
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และแผนการ รักษาของแพทย์		↔		↔
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎี ข้อคำปรึกษาหัวหน้างานและ หัวหน้าพยาบาล และผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็น แนวทางในการศึกษา		↔		↔
5. นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ พยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ		↔		↔
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการ พยาบาลที่วางไว้		↔		↔
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล			↔	
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบ การปฏิบัติกับทฤษฎี				↔
9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข				↔

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้

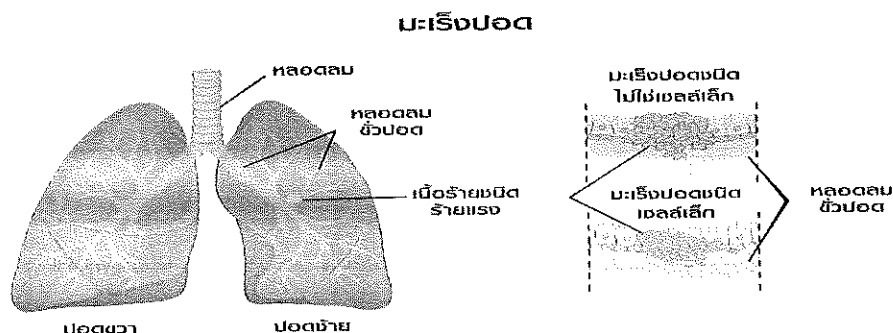
มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย โดยอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งปอดในปี 1999 ในประเทศ
สหรัฐอเมริกา คาดว่าจะมีประมาณ 171,600 ราย โดยเป็นเพศชาย 94,000 ราย และเพศหญิง 77,600 ราย
มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบรองจากมะเร็งต่อมลูกหมาก และ
มะเร็งเต้านม ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาถึงสาเหตุการตายที่เกิดจากมะเร็ง พบว่ามะเร็งปอดเป็นสาเหตุ
สำคัญอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง โดยประมาณว่า 92.6% ของ ผู้ป่วยใหม่จะตายจากโรค มะเร็งปอด
จัดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคแตกต่างกันตามภูมิภาค โดยพบว่าภาคเหนือจะพบได้
บ่อยกว่า อุบัติการณ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี 1997 พบ 4.48% ของมะเร็งทั้งหมด ในเพศชายจะพบได้

บ่อยกว่า โดยพบเป็นอันดับ 4 (7.70%) ของมะเร็งที่พบในเพศชาย ในระยะหลัง ๆ อุบัติการณ์ของโรคในเพศหญิง พบบ่อยขึ้น อุบัติการณ์ของโรคในประเทศสหรัฐอเมริกา พบในเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 6 : 1 ในปี 1950 เพิ่มขึ้นเป็น 3 : 1 ในปี 1991 และเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 : 1 ในปี 1997 โดยเชื่อว่าอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ในผู้หญิง เมื่อพิจารณาลักษณะทางพยาธิวิทยาจะพบว่า Squamous cell carcinoma เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบประมาณ 30-40% Adenocarcinoma พบเป็นอันดับที่ 2 อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของ Adenocarcinoma พบบ่อยขึ้นมากในระยะหลัง โดยเฉพาะในเพศหญิงซึ่งพบ Adenocarcinoma ได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอายุอยู่ระหว่าง 35-75 ปี โดยพบมากในช่วง 55-65 ปี เนื่องจากมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย และมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อตรวจพบโรคในระยะหลัง ๆ พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดเพียง 13% เท่านั้น

1. พยาธิสรีรวิทยาของโรคมะเร็งปอด

ปอดเป็นอวัยวะที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนนำก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้นในร่างกายกับ ก๊าซออกซิเจนที่มีอยู่ในอากาศ เพื่อให้เม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ระบบทางเดินหายใจของเรา เริ่มต้นที่จมูก ซึ่งเป็นช่องทางติดต่อระหว่างปอดกับ อากาศภายนอกในร่างกาย ผ่านหลอดลมใหญ่บริเวณลำคอกลงไปในช่องอกแล้วแยกเป็นแขนงหลอดลม ซ้ายกับหลอดลมขวา ซึ่งแยกออกไปอีกเป็นแขนงย่อย ๆ ลักษณะคล้ายกิ่งไม้จนถึงถุงลมเล็ก ๆ ภายใน ถุงลมเป็นที่ที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซดังกล่าวข้างต้น ปอดของคนเรามีสองข้าง แต่ละข้างแบ่งเป็นกลีบๆ ซ้ายขวามีสามกลีบ ซ้ายซ้ายมีสองกลีบ

เชื่อว่าโรคมะเร็งปอดมีต้นกำเนิดมาจากเซลล์เยื่อหลอดลมปอดที่ได้รับการระคายเคือง มาเป็นระยะเวลานาน จึงอาจเรียกชื่อมะเร็งตามต้นกำเนิดอีกชื่อหนึ่งว่า Bronchogenic Carcinoma (broncho = หลอดลม, carcinoma = มะเร็ง) ซึ่งอาจเกิดในบริเวณหลอดลมใหญ่ใกล้ขั้วปอด หรือ อาจเกิดในหลอดลมแขนงเล็ก ๆ ส่วนปลายที่ไกลออกไปจากขั้วปอดก็ได้



ที่มา https://www.ram-hosp.co.th/news_detail/1710 (สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566)

2. ชนิดของโรคมะเร็งปอด

2.1 มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก พบประมาณร้อยละ 15 ของโรคมะเร็งปอดทั้งหมด ส่วนใหญ่พบบริเวณใกล้ขั้วปอดมากกว่าบริเวณชายปอด มักมีอาการค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นชนิดของโรคมะเร็งปอดที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว มะเร็งชนิดนี้อาจสร้างสารเคมีบางอย่างทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (ฮอร์โมน) ในร่างกายได้ด้วย แม้มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก มักตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นอย่างดี

สามารถทำให้อาการดีขึ้นได้มากในระยะแรกของการรักษา แต่โอกาสหายขาดยังเป็นไปได้น้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ มักมีการกำเริบของโรคในที่สุด

2.2 มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non-small cell lung cancer, NSCLC) พบประมาณร้อยละ 85 ของมะเร็งปอดทั้งหมด มักมีการดำเนินโรคที่ช้ากว่าทำให้มีโอกาสตรวจพบในระยะต้นได้มากกว่ามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ถ้าพบในระยะแรกการรักษาหลัก คือการผ่าตัดเอาก้อนออก อาจเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือใช้รังสีรักษา แม้กระนั้นผลการรักษาโดยรวมของมะเร็งปอดชนิดนี้ก็ยังไม่ดีนักและอาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆได้เช่นกัน

3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคมะเร็งปอดคือการสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่ประกอบด้วยสารที่ก่อให้เกิด มะเร็งหลายชนิด เช่น nitrosamines benzo(a)pyrene และ diol epoxide เป็นต้น ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ซึ่งสามารถคำนวณหาความเสี่ยงเป็น pack-years ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoke) ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด โรคมะเร็งปอดด้วยเช่นกัน The International Agency of Research on Cancer (IARC) ได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดในผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 35 ในเพศชายและร้อยละ 20 ในเพศหญิง (IARC, 2004) ปัจจัยเสี่ยงอื่นในการเกิดโรคมะเร็งปอดได้แก่ โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติโรคมะเร็งปอดในครอบครัว หรือประวัติการสัมผัสสารก่อมะเร็งปอดอื่น เช่น arsenic chromium asbestos nickel cadmium beryllium silica และ ไอระเหยของน้ำมันดีเซล เป็นต้น asbestos หรือแร่ใยหิน เป็นสารก่อมะเร็งที่มีลักษณะเป็นเส้นใยมีการนำไปใช้ในอุตสาหกรรมกระเบื้องมุงหลังคาซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุในการเกิดมะเร็งปอดในผู้ป่วยถึงร้อยละ 3-4 นอกจากนี้ asbestos เองยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด (Malignant pleural mesothelioma) อีกด้วย (Omenn, 1986)

4. อาการของมะเร็งปอด

1. อาการจากก้อนมะเร็งโดยตรง เช่น ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดออก อาการปอดอักเสบแบบ (post obstructive pneumonia) เสียงที่เกิดจากมะเร็งปอดพบในบริเวณเฉพาะที่ (localized wheeze) เป็นต้น
2. อาการจากการแพร่กระจายสู่อวัยวะใกล้เคียง เช่น เสียงแหบ กลืนลำบาก เจ็บหัวไหล่ เกิดภาวะฮอร์เนอร์ (horner syndrome) อาการบริเวณหลอดเลือดดำ (superior vena cava obstruction) ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) และ ภาวะบีบรัดหัวใจ (cardiac tamponade)
3. อาการจากการแพร่กระจายสู่อวัยวะนอกทรวงอก เช่น สมอองอาจทำให้มีอาการชก อัมพาต อัมพฤกษ์ กระดูกมีอาการปวด และตับทำให้ตัวเหลืองตาเหลือง เป็นต้น
4. อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด (paraneoplastic syndromes) เป็นผลทางอ้อมของเซลล์มะเร็งที่ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ที่พบบ่อยคือมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก และจากเซลล์มะเร็ง ชนิดย่อย สะความัส คาร์ซิโนมา

5. การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด

1. ประวัติความเสี่ยงและอาการที่ต้องสงสัยต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด

2. การตรวจร่างกายโดยแพทย์ เพื่อหารอยโรคและตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติในและนอกปอด ก่อนพิจารณาส่งตรวจและสืบค้นต่อไป

3. การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ เช่น การส่องกล้องเพื่อดูหลอดลม และตัดชิ้นเนื้อ การส่องกล้องเข้าไปในช่องกลางทรวงอก การตรวจทางรังสีวิทยาต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์ปอด การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ (Ultrasound) การตรวจด้วยเครื่องเพทสแกน หรือเครื่อง เพท/ซีทีสแกน เป็นต้น

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดดูหน้าที่การทำงานของตับและไต การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดและการหาสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) เพื่อติดตามการดำเนินโรค เป็นต้น

5. ข้อมูลจากการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาและการตรวจหาเซลล์มะเร็งในเสมหะ เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากที่สุดในกรณีวินิจฉัยโรคมะเร็ง เนื่องจากสามารถแยกชนิดของโรคได้ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ ซึ่งเป็นมะเร็งจากปอดเองหรือมะเร็งของอวัยวะอื่นที่แพร่กระจายมาที่ปอด ถ้าเป็นมะเร็งปอดจะเป็นเซลล์มะเร็งปอดชนิดใดและมีความรุนแรงของโรคมักน้อยเพียงใด

6. การรักษาโรคมะเร็งปอด

6.1 การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดเป็นการรักษาโรคมะเร็งปอดที่ได้ผลดีที่สุด ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งอยู่ในลักษณะที่จะผ่าตัดเอาออกได้หมด และผู้ป่วยยังมีความสุขที่ดีพอที่จะทนการผ่าตัดได้ ควรจะให้การรักษาโดยการผ่าตัดทุกราย การผ่าตัดจะได้ผลดีหากก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็กยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด และผู้ป่วยไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อนอยู่ อย่างไรก็ตามมากกว่า ร้อยละ 70 ผู้ป่วยมะเร็งชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กที่มาพบแพทย์ มักจะมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปมากแล้ว และผู้ป่วยมะเร็งชนิดเซลล์เล็กเกือบทั้งหมดกระจายไปแล้วไม่สามารถผ่าตัดได้ การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจะเป็นการผ่าตัดใหญ่หลังการผ่าตัดจะมีลมและน้ำขังอยู่ในช่องปอดผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการลุกนั่ง การไอเอาเสมหะออกและการหายใจลึกๆ กิจกรรมเหล่านี้ก่อนข้างจะมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้ปอดมีการขยายตัวได้ดีและกำจัดลมและน้ำที่อยู่ในช่องปอด อาการปวดแผลผ่าตัดและความอ่อนเพลียจะทำให้ผู้ป่วยหายใจตื่นจะพบได้อยู่เสมอ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาหลายสัปดาห์กว่าผู้ป่วยจะมีความแข็งแรงเหมือนเดิม

6.2 การใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ปัจจุบันมียาเคมีบำบัดมากมายที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งปอด เช่น ยาพาราพลาติน (paraplatin) ยาเวพาซิส (vepesid) และอื่น ๆ โดยเฉพาะมะเร็งชนิดเซลล์เล็ก ซึ่งอาจได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานขึ้น แต่มีผลข้างเคียงมากและไม่ได้ทำให้อัตราตายน้อยลง โดยทั่วไปการรักษาโรคมะเร็งปอดแบ่ง 2 กลุ่มตามชนิดของมะเร็ง ดังนี้

6.3 การฉายรังสี รังสีรักษามีบทบาทในการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กคือ มีบทบาททั้งในด้านการรักษาให้หายขาด (curative treatment) และรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการมากเพื่อให้ทุเลาจากอาการที่ทรมาณของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

7. ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอดสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายกรณี ดังนี้

- ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการมีของเหลวหรือน้ำเข้าไปสะสมอยู่ในโพรงเยื่อหุ้มปอดมากผิดปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการหายใจ หายใจสั้น

- ไอเป็นเลือด (Hemoptysis) มะเร็งปอดสามารถทำให้เกิดอาการเลือดออกภายในทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอเป็นเลือด และอาจส่งผลรุนแรงได้หากมีปริมาณมาก ผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายโรคไปยังบริเวณอวัยวะอื่นในร่างกาย เช่น กระดูก ปอด ตับ เป็นต้น

8. การป้องกันโรคมะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอดยังไม่มีวิธีใดที่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ แต่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้

- ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปอด การลด ละ เลิก หรือ เลี่ยงการสูบบุหรี่ รวมไปถึงยาสูบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็น ยานัต ยาเส้น ชิการ์ ทำให้การได้รับสารพิษหรือ สารก่อมะเร็งที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายน้อยลงยิ่งมีการสูบบุหรี่นานเท่าไรก็อาจทำให้การเลิกบุหรี่ทำได้ยากมากขึ้นเท่านั้น แพทย์อาจช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ด้วยการให้คำแนะนำ การใช้ยาหรือสารทดแทน นิโคติน หรือแม้แต่การเข้ากลุ่มบำบัดช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

- หลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่ พยายามอยู่ให้ห่างจากกลุ่มหรือบุคคลรอบข้างที่มีการสูบบุหรี่ เพื่อลดโอกาสการสูดดมควันบุหรี่เข้าไปโดยตรง อาจแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่สูบในเขตที่มีการอนุญาตให้สูบได้ ไม่เข้าไปอยู่ในร้านอาหารที่มีการสูบบุหรี่ หรือเลือกอยู่ในสถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่แทน

- เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนในสัดส่วนที่เหมาะสมจากธรรมชาติโดยตรงแทนการได้รับวิตามินและแร่ธาตุจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

- ป้องกันตนเองจากมลภาวะหรือควันพิษ หากทราบว่าตนเองต้องอยู่ในสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีอันตรายหรือสารพิษที่อาจเป็นสารก่อมะเร็งควรมีการป้องกันการสูดดมสารเหล่านั้นเข้าไปโดยตรง อย่างเช่น การทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นควันมาก ควรมีการสวมหน้ากากป้องกันไว้ตลอดเวลาขณะทำงาน

- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคให้ลดลงได้ ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายอาจจะเริ่มจากการออกกำลังกายอย่างช้า ๆ พยายามออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในแต่ละสัปดาห์เลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เลือกอาหารในการรับประทานที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เน้นผักและผลไม้ ซึ่งเป็นแหล่งที่อุดมด้วยแร่ธาตุและวิตามินรวมไปถึงการเลือกรับประทานให้ครบ 5 หมู่

9. การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกะดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และลดการมาห้องฉุกเฉิน การกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาลการมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี Nurse case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าการดูแล

แบบประคับประคอง เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

จากกรณีศึกษาพยาบาลได้มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนี้

1. การใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการดูแลตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิต จากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, อาการปวด, อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น โดยที่การดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ มุ่งเน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่งหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ

3. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) WHO ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริหารดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริหารเพื่อบรรเทาอาการหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดมีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (bereavement Care) (European Association for Palliative Care, WHO)

4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการใช้หลักการ D-METHOD ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยเน้นให้ทราบถึงความหมายสาเหตุการเกิดโรคอาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันโรคสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา การควบคุมอาหารและการมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม และเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย (Discharge planning) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง/ผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสมและเกิดความมั่นใจในการดูแลในขั้นตอนนี้ควรเริ่มให้เร็วที่สุด หรือเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต ปัจจุบันและการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนอกจากผู้ป่วยแล้วยังมีองค์ประกอบสำคัญที่ควรประเมิน ได้แก่

1. ผู้ดูแล/ครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถทำให้แผนการดูแลบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้น จึงควรศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความรู้ความสามารถ ความเชื่อ ทัศนคติ สัมพันธภาพในครอบครัวและความพร้อมของผู้ดูแล/ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะของที่อยู่อาศัย ที่นอน ตลอดจนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็น ซึ่งจะต้องมีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. แหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล ที่อยู่ใกล้บ้าน การบริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home health care) หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีการติดตามประเมินปัญหาสุขภาพ ปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แล้วนำมาจัดกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะต้องกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้านได้

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ 64 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร เข้ารับการรักษาตีผู้ป่วยในวันที่ 11 มีนาคม 2566 มาด้วยอาการไอ หอบเหนื่อย ก่อนมา 4 ชั่วโมง จากการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันพบว่า 3 เดือนก่อนมา ไอ มีเสมหะเรื้อรัง รักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลขอนแก่นมาตลอดได้ส่งชิ้นเนื้อปอดตรวจหาเชื้อมะเร็ง และมีนัดฟังผลชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดระยะท้าย จึงกลับมารักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ตามภูมิลำเนาของตนเอง แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางเหนียวเพื่อย ไอ หายใจหอบ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที วัด Oxygen saturation room air 92% ดูแลให้ได้รับ Oxygen Mask with bag 10 LPM ประเมินออกซิเจนปลายนิ้วซ้ำหลังให้ออกซิเจนเท่ากับ 98 % ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม T = 38.4 °C PR = 118 ครั้ง/วินาที RR = 30 ครั้ง/วินาที BP = 110/56 mmHg pupil 3 mmRTLBE., EKG : sinus tachycardia, CXR : Right Lung reticulonodular infiltration Right Lower Lung with Cardiomegaly Lung : crepitation both lung , DTX = 202 mg%

ขณะรับไว้ดูแลได้วางแผนให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

1. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง
2. ไม่สุขสบายจากอาการปวดบริเวณหน้าอกเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ลุกลามมากขึ้น
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้
4. อาจเกิดภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากภาวะเบื่ออาหาร
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากต้องเผชิญกับมะเร็งระยะท้าย

6. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
7. มีภาวะนอนไม่หลับจากการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพยาธิสภาพของโรค
8. ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วันที่ 17 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการหอบเหนื่อยลดลง สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้มากขึ้น หายใจหอบเล็กน้อย อาการทรงตัว สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ประเมินสัญญาณชีพ T = 37.0 °c PR = 86 ครั้ง/min RR = 20-22 ครั้ง/min BP = 114/70 mmHg On cannula 4 LPM วัด Oxygen saturation=97-98 % แนะนำการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา แนะนำการมาตรวจตามนัด แนะนำการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ถ้าเกิดอาการฉุกเฉินที่ไม่สามารถจัดการได้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ มีนัดติดตามอาการวันที่ 31 มีนาคม 2566 พร้อมนัดตรวจ CXR, CBC, BUN, Cr, Electrolyte

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรมและการกลายพันธุ์ของยีนในเซลล์ปกตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ มะเร็งโดยจะแพร่กระจายไปตามเนื้อเยื่อ ลุกลามจนอวัยวะสูญเสียหน้าที่ตามปกติและเข้าสู่ระยะระยะสุดท้ายจนเสียชีวิตในที่สุด โดยส่วนใหญ่มะเร็งระยะสุดท้ายจะลุกลามภายหลังจากที่เป็นมะเร็งแล้วระยะหนึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธีการดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชนจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีการจัดการอาการรบกวน จึงไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลกจากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2555 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 13% จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าปี 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคนทั่วโลก จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นถึง 13.1 ล้านคน สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วยการเสียชีวิตรวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (burden of disease) ที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งในประชากรไทยมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2546 โดยในปี พ.ศ.2554-2556 มีอัตราการตายต่อประชากร 100,000คน เท่ากับ 88.3, 91.2 และ 95.2 ตามลำดับ โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโรคได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ.2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59 โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.70 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 และ อื่น ๆ สำหรับในประเทศไทยจาก

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปีร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93

สาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อสาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนของผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจในประเทศไทย จำนวนของผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าภายใน 20 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็ปัญหาาระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ซึ่งในอดีตไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้น ขณะเดียวกันเทคโนโลยีเหล่านี้ ถูกนำมาใช้ในการยื้อความตายในผู้ป่วยที่โรครอยู่ในระยะท้าย ซึ่งการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อไป แต่สร้างความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัย ความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

การให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นการให้บริการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการบูรณาการดูแลด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต จากการศึกษากรณีตัวอย่างโรคมะเร็งปอดทำให้ได้ประเด็นหลากหลายจากหลายทีม ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกด้าน จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดตักผู้ป่วยในปี 2563,2564 และ 2565 พบมีผู้ป่วย จำนวน 18,15 และ16 ราย และมีค่าใช้จ่ายสูง 288,085, 379,982 และ 239,725 บาท ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายมีมากขึ้นเรื่อยๆ และการดูแลมีความซับซ้อนขึ้น รวมถึงมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งทีมต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายให้เป็นอย่างดี เพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้สมบูรณ์มากที่สุด ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ รวมถึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลในระยะท้ายและระยะใกล้เสียชีวิต เพื่อวันนั้นมาถึงผู้ป่วยจะได้ไม่ทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบภายใต้สังคัม สิ่งแวดล้อม และบ้านของตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

1. นำเสนอแนวคิดต่อหัวหน้าหน่วยงานเพื่อพิจารณาอนุมัติดำเนินการ
2. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย
3. ศึกษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงสอนและสาธิตการใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย
4. สร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาในตึกผู้ป่วยในจำนวน 1 กรณีศึกษา
2. รวบรวมเอกสาร ข้อมูล เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมีและแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ รวบรวมปัญหา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย พ.ศ.2566
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อช่องทางต่าง ๆ ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล และผู้ชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่ม ของรายงานพร้อมแก้ไข
10. เผยแพร่ผลงาน

ขั้นประเมินผล

1. มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้าร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
2. เพื่อให้ญาติมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายเกิดความสุขสบายและไม่เกิดอาการรบกวนที่จะกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

- 1) ร้อยละเจ้าหน้าที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 100 %
- 2) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าลดลง

ปีละ 10 %

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

- 1) โรงพยาบาลมีความแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ภายใต้การดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- 2) เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจและมีสมรรถนะในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

3) โรงพยาบาลมีการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และมีความเพียงพอในการให้บริการ

6. การนำไปใช้ประโยชน์

6.1 ผู้ศึกษาได้นำความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

6.2 ใช้เป็นข้อมูลนิเทศทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลจบใหม่ หรือพยาบาลหมุนเวียนประจำหน่วยงานต่าง ๆ

7. ความยุ่งยากในการดำเนินการ

7.1 ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ซึ่งบางครั้งมีความไม่เพียงพอต้องใช้ออกซิเจนถัง ซึ่งไม่สะดวก

7.2 อุปกรณ์บางอย่างผู้ป่วยและญาติต้องจัดซื้อเอง เช่น ที่นอนลม เป็นต้น

7.3 การ Consult แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บางครั้งมีการ Consult ช้าทำให้การเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความล่าช้า

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์นอกเวลาราชการมีความยุ่งยาก และบางครั้งไม่เพียงพอทำให้บางครั้งการกลับไปดูแลระยะท้ายที่บ้านต้องเลื่อนออกไป

8.2 ความเพียงพอของยาในการจัดการอาการ บางครั้งหมุนเวียนไม่ทันเช่น Midazolam, Fentanyl ฯลฯ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองควรได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทางศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกราย เพื่อประเมินและติดตามการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เกิดความคล่องตัว

9.2 ผู้ป่วยระยะท้ายควรได้รับการติดตามเยี่ยมจาก Nurse case manager

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-ไม่มี-

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวธณสมร โลภา สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)^๕.....

(นางสาวธณสมร โลภา)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธณสมร โลภา	ธณสมร โลภา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางอุไรวรรณ สิงห์ยะเมือง)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
 (วันที่)/...../.....

(ลงชื่อ)
 (นายสุพัฒน์พงศ์ สิงห์ยะบุศย์)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย
 (วันที่)/...../.....

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1. เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง

2. หลักการและเหตุผล

มะเร็งปอด เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งปอดในปี 1999 ในประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่าจะมีประมาณ 171,600 ราย โดยเป็นเพศชาย 94,000 ราย และเพศหญิง 77,600 ราย มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบรองจากมะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาถึงสาเหตุการตายที่เกิดจากมะเร็ง พบว่ามะเร็งปอดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง โดยประมาณว่า 92.6% ของ ผู้ป่วยใหม่จะตายจากโรค มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคแตกต่างกันตามภูมิภาค โดยพบว่าภาคเหนือจะพบได้บ่อยกว่า อุบัติการณ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี 1997 พบ 4.48% ของมะเร็งทั้งหมด ในเพศชายจะพบได้บ่อยกว่า โดยพบเป็นอันดับ 4 (7.70%) ของมะเร็งที่พบในเพศชาย ในระยะหลัง ๆ อุบัติการณ์ของโรคในเพศหญิงพบสูงขึ้น อุบัติการณ์ของโรคในประเทศสหรัฐอเมริกา พบในเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 6 : 1 ในปี 1950 เพิ่มขึ้น 3 : 1 ในปี 1991 และเพิ่มขึ้น 1.3 : 1 ในปี 1997 โดยเชื่อว่าอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ในผู้หญิง เมื่อพิจารณาลักษณะทางพยาธิวิทยาจะพบว่า Squamous cell carcinoma เป็นชนิดที่พบได้บ่อย ที่สุด โดยพบประมาณ 30-40% Adenocarcinoma พบเป็นอันดับที่ 2 อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของ Adenocarcinoma พบสูงขึ้นมากในระยะหลัง โดยเฉพาะในเพศหญิงซึ่งพบ Adenocarcinoma ได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอายุอยู่ระหว่าง 35-75 ปี โดยพบมากในช่วง 55-65 ปี เนื่องจากมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย และมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อตรวจพบโรคในระยะหลัง ๆ พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด เพียง 13% เท่านั้น ดังนั้นจึงมีการศึกษาการทำ screening โดยหวังผลว่าจะสามารถวินิจฉัยโรคได้ในระยะต้น ๆ และจะลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง ในการทำ screening จะทำการตรวจเสมหะและเอ็กซเรย์ปอด ในการศึกษาที่ทำ chest x-ray ทุก 6 เดือน ในผู้ป่วย 55,000 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็น resectable tumor มากขึ้น แต่อัตราการตายจากโรคมะเร็งเท่าเดิม ผลการศึกษาของ NCI Cooperative Early Lung Cancer Detection Program ได้ทำเอ็กซเรย์ปอด และตรวจเสมหะทุก 4 เดือน พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดไม่เปลี่ยนแปลง โดยสรุปยังไม่มีการแนะนำให้ทำ routine screening มะเร็งปอดด้วยเอ็กซเรย์ปอด และการตรวจเสมหะในคนทั่วไปที่ไม่มีอาการ ในขณะที่เดียวกันควรจรรณงค์ให้มีการงดสูบบุหรี่มากกว่า

สาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ สำหรับสาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนของผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจในประเทศไทยจำนวนของผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าจะภายใน 20 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ซึ่งในอดีตไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดีในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้น ขณะเดียวกันเทคโนโลยีเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่โรครุนแรงในระยะท้าย ซึ่งการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อไปแต่สร้างความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มี

โรคที่คุกคามต่อชีวิตหรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวมปลดปล่อยความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว การมีการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและลดการมาห้องฉุกเฉินการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาลการมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการจะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

การให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นการให้บริการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการบูรณาการดูแลด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต จากการศึกษากรณีตัวอย่างโรคมะเร็งปอด ทำให้ได้ประเด็นหลากหลายจากหลายทีมหลายบทบาท ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกด้าน จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดตึกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2563 2564 และ 2565 พบมีผู้ป่วยจำนวน 18 15 และ 16 รายและมีค่าใช้จ่ายสูง 288,085 379,982 และ 239,725 บาทตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายมีมากขึ้นเรื่อยๆ และการดูแลมีความซับซ้อนขึ้น รวมถึงมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งทีมต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายให้เป็นอย่างดีและญาติยังขาดความมั่นใจในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้จัดทำ Check list เรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง” เพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้สมบูรณ์มากที่สุด ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ รวมถึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลในระยะท้ายและระยะใกล้เสียชีวิต เพื่อวันนั้นมาถึงผู้ป่วยจะได้ไม่ทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบภายใต้สังคม สิ่งแวดล้อมและบ้านของตนเอง

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะ

การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวการมีการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและลดการมาห้องฉุกเฉินการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาลการมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการจะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง

เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

การตระหนักว่าบุคคลหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้จะสิ้นสุดลงแล้วนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาจากการหวังผลการรักษาให้หายขาด สู่แผนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วยรวมถึงปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้นเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย แต่การระบุว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการสิ้นสุดภาวะการเจ็บป่วยหรือเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตเมื่อไรนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะกำหนดได้ถูกต้องเสมอไป อีกทั้งการวินิจฉัยภาวะสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะกำลังจะเสียชีวิตเป็นการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน และมีความไม่แน่นอน ด้วยเหตุนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วย ที่เข้าข่ายต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรกๆ แล้วนั้น ประเด็นสำคัญคือเพื่อจะได้วางแผน ให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุด คือเริ่มต้นการวางแผนตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโดยการนำขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลมาใช้ได้แก่การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหา การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการปฏิบัติโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้ดูแลโดยมีพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ

ดังนั้นการที่ได้เข้าใจถึงรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง จะทำให้การมองความตาย หรือการเตรียมพร้อมอย่างมีสติของผู้ป่วยและญาติจะเป็นภาพของการดูแลในระยะท้ายที่มีคุณค่า ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และท้ายที่สุดการได้ไปอยู่บ้านพร้อมครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายปรารถนา ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้านได้เร็ว พร้อมทั้งผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและใกล้จะเสียชีวิตนั่นเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย ตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
เกษรวิสัย

เป้าหมาย

มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย ตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกษรวิสัย

ขั้นเตรียมการ

1. นำเสนอแนวคิดต่อหัวหน้าหน่วยงานเพื่อพิจารณาอนุมัติดำเนินการศึกษารายกรณี
2. ศึกษาสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในโรงพยาบาล
3. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย
4. จัดทำ Check list การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง

ขั้นตอนการ

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 ราย
2. รวบรวมเอกสาร ข้อมูล เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี ประวัติการผ่าตัด การรับยาและแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด ฯลฯ
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อช่องทางต่างๆ ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบทฤษฎีและการปฏิบัติ
9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มพร้อมทำ Check list การวางแผนจำหน่าย
10. เผยแพร่ผลงาน

ขั้นประเมินผล

โรงพยาบาลเกษตรวิสัยมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจ
2. มีการนำนวัตกรรมจากการศึกษามาพัฒนาใช้กับบริบทที่ใกล้เคียงกัน
3. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะท้าย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการประเมินและดูแลบรรเทาอาการ ร้อยละ 80
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายได้รับการพูดคุยวางแผนการรักษาและเข้าใจเป้าหมายการดูแล ร้อยละ 80
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายได้รับยากลุ่ม Opioid เพื่อบรรเทาอาการปวด ร้อยละ 80
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายและญาติ ได้รับการเตรียมความพร้อมในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) อณสมร โลกา

(นางสาวอณสมร โลกา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน