

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจ ของผู้ดูแลหลัก หรือผู้ป่วยอายุรกรรม

ชุลินดา ทิพย์เกษร¹ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

อังคณา จงเจริญ² พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่),กศ.ด.(การอุดมศึกษา)

บทคัดย่อ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นระยะเวลา 5 วัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา และกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและความพึงพอใจ ในบริการพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้วยสถิติบรรยาย และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติทีคู่ ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -57.61, p < .001$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87, SD. = .37$) ดังนั้นหน่วยงานที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองควรรนำโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(1): 21-35

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยระยะท้าย คุณภาพการดูแล ความพึงพอใจ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail : chulinda.cbh@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับบทความ 4 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 30 พฤษภาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 31 พฤษภาคม 2565

Effects of the End-of Life Case-based Nursing Management Program on Perceived Quality of Palliative Care and Satisfaction of Primary Caregivers at Medical wards

Chulinda Tipkesorn¹ M.N.S. (Adult Nursing)

Angkhana Chongcharoen² M.N.S. (Adult Nursing), Ed.D. (Higher Education)

Abstract : This one-group pretest-posttest quasi-experimental research design was aimed to study the effects of the end-of-life case-based nursing management program on the perceived quality of palliative care and satisfaction of primary caregivers. Purposive sampling was used to select 30 primary caregivers who provided care in the terminal stage for a duration of 5 days. Samples received the end-of-life case-based nursing management program consisted of 5 steps including 1) identifying and selecting the complex and difficult care problems; 2) conducting assessment and making diagnosis; and determining alternative actions for problem solving 3) planning for care as health demands; 4) implementing care management; and 5) evaluating the outcomes. Data were collected using the perceived quality of palliative care scale and caregiver satisfaction questionnaires which yielded internal consistency reliability value of .76 and .73 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results revealed that after participating in the end-of-life case management program, samples reported improvement of perceived quality of palliative care ($t = -57.16$, $p < .000$) and the caregivers' satisfaction was at high level ($\bar{X} = 3.87$, $SD. = .37$). It is suggested that a palliative care center or unit should apply this end-of-life case management nursing program, in order to improve the quality of palliative care and primary caregivers' satisfaction.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(1): 21-35

Keywords: Case-based nursing management program, palliative care, primary caregiver, end-of life patient, quality of care, satisfaction

¹ Registered Nurse, Chonburi Hospital; Corresponding author, E-mail : chulinda.cbh@gmail.com

² Assistant professor Adult and Geriatric Nursing Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Faculty of Nursing Royal Institute.

Received April 4, 2022; Revised May 30, 2022; Accepted May 31, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจาก Oxford Textbook of Palliative Medicine¹ คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะทั้ง 3 ประการต่อไปนี้คือ 1) เป็นโรคที่กำลังมีการดำเนินของโรคและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (active, progressive disease) 2) เป็นโรคที่ร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (life-threatening disease) และ 3) การพยากรณ์โรคจำกัด คือ พอคาดคะเนระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้ (limited prognosis) ทำให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มุ่งที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก สิ่งสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดีเป็นการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่และมุ่งเน้นการรักษาที่ยังคงรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่ดูแลแบบปล่อยปละละเลย หรือทอดทิ้งผู้ป่วยเพราะไม่มีทางรักษาผู้ป่วยให้หายขาด การรักษาที่ยังคงรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลักในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค (curative or specific treatment) แต่จากความหมายข้างต้นจะเห็นว่าเป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นั่นคือไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายอื่น ๆ นั่นเอง การจะพิจารณาว่าผู้ป่วยที่เข้าข่ายผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่ให้พิจารณาณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาเมื่อการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคเปลี่ยนไป ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 จัดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่วินิจฉัยเพราะถ้าไม่ได้รับการรักษาก็จะมีลักษณะครบ 3 ข้อข้างต้น แต่เมื่อรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจหายจากโรคได้เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคหรือโรคสงบ ก็ถือได้ว่าออกจาก การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถ้าภายหลังพบว่าโรคกลับ

เป็นซ้ำก็เข้าเกณฑ์ที่จะต้องการดูแลแบบประคับประคองเป็นต้น¹

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคร้ายที่มีลักษณะดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยไม่รอจนกระทั่งหมดทางรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจช้าเกินไป แต่น้ำหนักของการดูแลจะไม่เหมือนกันในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย ในระยะแรกการดูแลจะเน้นไปที่การรักษาเฉพาะเพื่อให้หายจากโรค เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด และการฉายแสง เป็นต้น การดูแลแบบประคับประคองจะมีบทบาทเพียงเล็กน้อย โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อโรคดำเนินไป การรักษาเฉพาะจะมีบทบาทน้อยลงจนกระทั่งสิ้นสุดเมื่อไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้ การดูแลแบบประคับประคองจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และยังดูแลไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

การดูแลแบบประคับประคองควรให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน่วยที่ต้องการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มักให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วย จึงรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย² การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่งผลให้เกิดความเครียดและความทุกข์ใจกับสมาชิกครอบครัว ดังเช่นการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลักที่สะท้อนความรู้สึกของการอยู่ท่ามกลางความทุกข์ใจ ความกลัว และได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจอย่างเต็มที่ด้วยความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า และมีความเชื่อทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ³ นอกจากนี้มีการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล⁴ พบว่า

ครอบครัวมีความยากลำบากในเรื่องการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลระยะท้าย เนื่องจากขาดข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและรู้สึกไม่แน่นอนถึงการพยากรณ์ของโรค รวมทั้งการได้รับคำอธิบายที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับสิ่งที่บุคลากรสุขภาพกำลังทำให้กับผู้ป่วย หรือสะท้อนถึงการไม่ได้รับการดูแลและให้คุณค่าที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลหลักมีน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลหลักมีความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยมากกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลหลักเอง โดยผู้ดูแลหลักต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล ขณะเดียวกันต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิค/วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจากทีมสุขภาพ⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล⁴ พบว่าครอบครัวมีความยากลำบากในเรื่องการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลระยะท้าย การขาดข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและรู้สึกไม่แน่นอนถึงการพยากรณ์ของโรค การได้รับคำอธิบายที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับสิ่งที่บุคลากรสุขภาพกำลังทำให้กับผู้ป่วย

การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลหนึ่งที่ได้นำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลหลักได้อย่างครอบคลุม⁶ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาความต้องการการดูแลทุกมิติของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีหน้าที่หลักในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแล

การอำนวยความสะดวกและการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ⁷ ผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่คือพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีบทบาทในการให้ข้อมูล การสนับสนุนผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย⁸ การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เป็นกระบวนการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อการติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีโดยมีการประเมินปัญหาและสถานการณ์กำหนดเป้าหมาย การดูแลการวางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน การส่งต่อ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูลความรู้ได้รับการพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง และการตัดสินใจ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล⁹ ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ที่ติดต่อกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยตรง ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก^{6,9}

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีขีดความสามารถสูง ในการดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษา อาจเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย โรงพยาบาลชลบุรี มีการจัดตั้งหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีการวางแผนกิจกรรมร่วมกันในทีม

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยทุกรายเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการและต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่งขอคำปรึกษาหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ของทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยังไม่มีการติดตามผลลัพธ์ของการบริการกับผู้ดูแลหลักอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการดำเนินการอยู่ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักที่มารับบริการและพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลของหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลชลบุรี การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรงและสม่ำเสมอ 2) รับทราบจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและให้การรักษาแบบการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) สามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.2¹⁰ โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) .53 กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต¹¹ คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 ราย

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลหลักมีการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

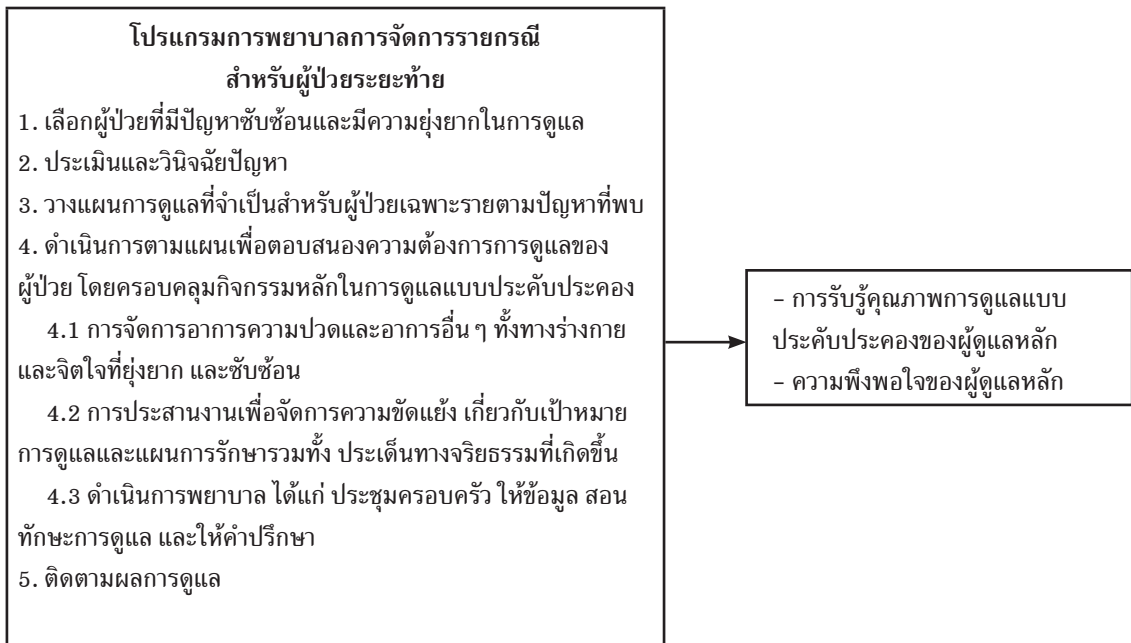
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิกุล นันทชัยพันธ์⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วยกระบวนการ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม

จัดการรายกรณี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา ประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดครอบคลุมทุกด้าน และกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีสำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการจัดการรายกรณีดังกล่าวมาผนวกกับเนื้อหาแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางเป็นกรอบในการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล

ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการจัดการอาการความปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ยุ่งยากและซับซ้อน การประสานงานเพื่อจัดการความขัดแย้งเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลและแผนการรักษารวมทั้งประเด็นทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ทีมการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก¹² มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายดังแผนภาพที่ 1 พร้อมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์คือการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี รหัสหนังสือรับรอง 103/64/N/q วันที่ 23

มีนาคม 2565 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาของการวิจัย พร้อม

ทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ และหรือตอบรับโดยวาจาในรูปแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักมีภาวะวิกฤติทางจิตอารมณ์ในขณะที่กำลังให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือโดยทำการหยุดสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความรู้สึกโดยผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ ผู้วิจัยมีการประสานส่งต่อไปยังแหล่งให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก¹³

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคประจำตัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วย ระยะเวลาที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ สถานที่ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงส่วนของเนื้อหาการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล

ประกอบการตัดสินใจโดยพยาบาล ของเพ็ญภัศร มาพงษ์¹⁴ ที่ได้แปลและพัฒนามาจาก Morita et al.¹⁵ ประเทศญี่ปุ่น ที่ประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (palliative care unit) ซึ่งเป็นเครื่องมือเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของญาติ ใช้วิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 3 คน ทำการแปลอย่างเป็นอิสระจากกัน และดัดแปลงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการทดสอบพบว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงสูง (Cronbach's alpha = 0.98; intra-class correlation coefficients = 0.57)¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มีจำนวน 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลด้านร่างกายโดยพยาบาล 2) การดูแลด้านจิตใจ 3) การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) การคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย 6) การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา 7) การบริการต่าง ๆ และ 8) การประสานงานและความสม่ำเสมอ ซึ่งลักษณะของคำตอบจากข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง ระดับการรับรู้มากที่สุด ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ตอบมีระดับการรับรู้มาก การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์¹⁶ คือระดับต่ำ (1 - 2.33) ปานกลาง (2.34 - 3.67) และสูง (3.68 - 5)

3) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ทอผู้ป่วยอายุรกรรม

ผู้ดูแลหลักต่อการดูแลแบบประคับประคองฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งลักษณะของคำตอบจากข้อคำถามเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบเลย และ 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบทุกประการ ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการมาก การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คือระดับต่ำ (1 – 2.33) ปานกลาง (2.34 – 3.67) และสูง (3.68 – 5)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิบูล นันทชัยพันธ์⁹ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปแนวทางการพยาบาลจัดการรายการณ์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายการณ์โดยโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองใช้เวลา 5 วัน จากข้อมูลในหน่วยงานเมื่อแพทย์จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่จะมีระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale) อยู่ที่ 30 คะแนน จึงจะเริ่มกระบวนการพยาบาลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต เฉลี่ยที่ 3-5 วัน

ผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลาที่ 5 วันในการออกแบบการทดลองนี้

2) คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพาจัดทำโดยคณะทำงานจัดตั้งหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ดูแลหลัก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 2 ท่าน และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ .90 จากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ และได้ตรวจสอบความเป็นไปได้โปรแกรมการพยาบาลฯ ในการนำไปใช้ โดยการนำโปรแกรมการพยาบาลฯ และคู่มือที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งขอคำปรึกษายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรมการพยาบาลและนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณหา

ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76 และ .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยลำดับที่หนึ่งเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลจัดการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ที่เตรียมไว้ด้วยตนเอง เป็นเวลา 5 วัน (ดังตารางที่ 1) และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินผลเพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ช่วยวิจัยถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถาม รวมทั้งฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามเพื่อเตรียมความพร้อมแล้ววิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการเก็บข้อมูล

ตารางที่ 1 การดำเนินการทดลอง

วันที่	กระบวนการ	กิจกรรม
1	ค้นหาและเลือกผู้ป่วย (ใช้เวลา 15-20 นาที) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา (ใช้เวลา 20-30 นาที) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เฉพาะรายตามปัญหาที่พบ (ใช้เวลา 20-30 นาที)	- ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการดูแล - ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก - ผู้วิจัยประเมินสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก - ผู้วิจัยนำผลการประเมินภาวะสุขภาพมาใช้วางแผนการพยาบาล - ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องถึงแผนการดูแล - ผู้วิจัยประสานงานเพื่อลดและควบคุมความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย
2 - 4	ดำเนินการตามแผนและติดตามการดูแล (ใช้เวลา 20-30 นาที)	- ผู้วิจัยทำการประชุมครอบครัว - ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษา ความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษา - ผู้วิจัยสอนทักษะการดูแล - ผู้วิจัยให้คำปรึกษา
5	ประเมินผลการจัดการกรณี (ใช้เวลา 20-30 นาที)	- ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ
- วิเคราะห์ค่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนทดสอบสมมติฐานนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 มีอายุระหว่าง 61-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคืออายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 64.97 ปี (SD = 18.07) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.67 และร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นบัตรทองจากโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือประกันสังคม ร้อยละ 10.0 ร้อยละ 43.3 การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อมีในกระแสเลือด การรักษาที่ได้รับพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด ร้อยละ 63.3 โดยระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) อยู่ที่ 30 คะแนนมากที่สุดร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ PPS 40 คะแนน ร้อยละ 20.0

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 48.50 ปี

(SD = 11.99) ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.33 ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร คือ ร้อยละ 40.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.30 โดยร้อยละ 40.00 ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน ทั้งนี้ร้อยละ 56.70 เห็นว่าต้องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวาระสุดท้ายที่โรงพยาบาล และร้อยละ 26.70 ต้องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวาระสุดท้ายที่บ้าน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการหรือแก้ไขปัญหาได้ดี จึงรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -57.619, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีรายด้าน (N = 30)

การรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามโปรแกรมฯ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การดูแลด้านร่างกายโดยพยาบาล	1.97	.36	3.31	.28	-16.974	.000
การดูแลด้านจิตใจ	1.92	.35	3.52	.31	-16.593	.000
การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ	1.71	.17	3.47	.18	-33.077	.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	1.46	.31	3.38	.25	-32.415	.000
การคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย	1.41	.20	3.14	.25	-26.781	.000
การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา	1.600	.498	3.03	.66	-9.607	.000
การบริการต่างๆ	1.30	.25	3.08	.26	-25.358	.000
การประสานงานและความสม่ำเสมอ	1.66	.35	2.93	.17	-20.362	.000
รวมทุกด้าน	1.66	.10	3.80	.26	-39.102	.000

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีฯ พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับสูง (เกณฑ์ 3.68 – 5) ($\bar{X} = 3.87, SD = .37$) เมื่อพิจารณารายชื่อ ความพึงพอใจในระดับสูงที่สุดเท่ากัน 3 ประเด็น คือ 1) การได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง 2) การได้รับความสะดวกในการโทรถามอาการผู้ป่วยตามความต้องการ และ 3) ความเชื่อมั่นด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.17, SD = .53$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการ

จัดการรายกรณีฯ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (2.34 – 3.67) ประกอบด้วย 3 ประเด็นคือ 1) การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว 2) การได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมรักษาพยาบาลและได้รับการช่วยเหลือ การแนะนำ การอำนวยความสะดวกตามขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม ($\bar{X} = 3.67, SD = .60$) และอันดับสุดท้าย คือ 3) ทีมรักษาพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ($\bar{X} = 3.50, SD = 1.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีฯ (N = 30)

กิจกรรม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ทีมรักษาพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	3.50	1.00	ปานกลาง
2. การได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง	4.17	.53	สูง
3. การได้รับคำแนะนำในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	3.70	.75	สูง
4. การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย	3.83	.37	สูง
5. การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายอย่างเหมาะสม และรวดเร็ว	3.67	.60	ปานกลาง
6. การที่ทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาทำให้ท่านมีความรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ	3.50	1.00	ปานกลาง
7. การได้รับความสะดวกในการโทรถามอาการผู้ป่วยตามความต้องการ	4.17	.53	สูง
8. การได้รับการอำนวยความสะดวกและตอบสนองตามประเพณี ในเรื่องความเชื่อทางศาสนาอย่างเหมาะสมในระยาะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และ/หรือหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม	3.70	.75	สูง
9. การได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกตามขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน	3.83	.37	สูง
10. การได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมรักษาพยาบาลและได้รับการช่วยเหลือ การแนะนำ การอำนวยความสะดวก ตามขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม	3.67	.60	ปานกลาง
11. ความเชื่อมั่นด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย	4.17	.53	สูง
12. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย	3.70	.75	สูง
13. ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาพยาบาลโดยรวม	3.83	.37	สูง

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการป่วยเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และอยู่ในระยะท้าย และมีคะแนน PPS ส่วนใหญ่อยู่ที่ร้อยละ 30-40 ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยพบว่ามีการลุกลามของโรค ใช้เวลาอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล หรือผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลเกือบทั้งหมด การประเมิน PPS ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในเบื้องต้น สำหรับใช้ในการวางแผน ติดตามการดูแลและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹³

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลหลักรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพยาบาล โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี ถือเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและครอบครัว¹⁹ ผ่านกระบวนการประเมินความต้องการและการวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลเป็นหลัก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤต ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ด้วยหลากหลายสาเหตุ การรักษาเป็นเพียงการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และแพทย์เจ้าของไข้เห็นควรให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ซึ่งส่วนใหญ่คะแนน PPS อยู่ที่ 30 คะแนน) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมี

รูปแบบการดูแลที่หลากหลาย เพื่อรองรับต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในแบบต่างๆ ให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและครอบคลุม การดูแลที่สำคัญที่ดำเนินการควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย ก็คือ การรับรู้ของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยรายนั้นๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือคนที่เป็นที่รัก ต่อการได้รับบริการการดูแลจากทีมสุขภาพ ครอบครัว/ญาติ หรือผู้ดูแลหลัก จึงมีความคาดหวังต่อการดูแลจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและการเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจำเป็นต้องคิดค้นรูปแบบการดูแลหรือนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมในบริบทต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยแต่ละรายด้วย²⁰

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการประเมินความต้องการเบื้องต้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องการให้ช่วยเหลือในการจัดการอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยได้แก่ ความปวด อ่อนเพลีย เหนื่อย และคลื่นไส้ ทั้งนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ดำเนินการติดต่อประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ให้ปรับแผนการรักษาและแพทย์ประจำหน่วยการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้คำปรึกษาด้านการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เช่น การปรับยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับความปวดที่เกิดขึ้น หรือการทำหัตถการการบำบัดทางการแพทย์ เช่น เจาะระบายน้ำออกจากช่องท้องเพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดอัดท้องและหายใจลำบาก เป็นต้น รวมทั้งได้ประชุมร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจโดยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การใช้พัดลม มีดือเป่ามีลมพัดเบาๆ

ผ่านบริเวณหน้าเมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ²¹ เป็นต้น ทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยลดลง²¹ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกพึงพอใจในบริการการดูแลที่ให้ และการประเมินคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองสูงกว่าช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการจัดการรายการณ์โดยช่วยเหลือด้วยการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในบริการ²²

การจัดประชุมครอบครัวเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมการจัดการรายการณ์^๒ ซึ่งการจัดประชุมครอบครัวมีความสำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย การประชุมครอบครัวเป็นกระบวนการช่วยเหลือครอบครัวในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าของโรค และแผนการรักษา รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ตามความต้องการของผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนทางจิตใจของครอบครัวและช่วยเหลือจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดความเครียดของครอบครัว²³ นอกจากนี้การประชุมครอบครัวมีวัตถุประสงค์ เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวมีเป้าหมายในทางเดียวกัน และสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วย²⁴

นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการรายการณ์^๒ พยาบาลผู้จัดการรายการณ์ได้สอนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความทุกข์ใจ โดยพยาบาลผู้จัดการรายการณ์รับฟังอย่างตั้งใจ ให้อภัย และเสริมแรงทางบวก การพยาบาลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลหลักคลายความทุกข์ใจได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแล

หลักมีความพึงพอใจในบริการการดูแลที่ได้รับในระดับสูงทุกข้อ ยกเว้นบางข้อที่เกี่ยวข้องของทีมรักษาพยาบาลที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่น ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และการมีทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาทำให้ท่านมีความรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายที่รวดเร็ว เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หรือแม้แต่การรับฟังข้อมูลการรักษาด้วยตนเองทุกวัน จึงทำให้การพูดคุยสื่อสารส่วนใหญ่มักจะให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในระดับสูงในเรื่องการได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง การได้รับความสะดวกในการโทรถามอาการผู้ป่วยตามความต้องการ จึงเกิดความเชื่อมั่นด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนได้ว่า บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายการณ์ที่ประกอบด้วยทำให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง โดยการประเมินสภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างครอบคลุม เพื่อวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการดูแล รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาและการจัดให้มีการประชุมครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและให้ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลมีเป้าหมายในการดูแลเดียวกันและสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว²⁵ นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายการณ์ยังทำหน้าที่ในการเป็นที่ปรึกษาทั้งกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เหมาะสมและการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิด

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ทอผู้ป่วยอายุรกรรม

ความต่อเนื่องในการดูแล รวมทั้งมีบทบาทในการให้คำปรึกษากับผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความเครียดและอยู่ในภาวะคาดการณ์กับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การรับฟังอย่างตั้งใจและให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมองเห็นทางเลือกและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

สรุป

หลังการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ดูแลหลักพึงพอใจในการดูแลโดยรวมอยู่ระดับสูงเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจระดับสูงที่สุดเท่ากันสามข้อ คือ การได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง การได้รับความสะดวกในการโทรถามอาการผู้ป่วยตามความต้องการ และความเชื่อมั่นด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการดูแลรวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หน่วยงานควรสนับสนุนการนำโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวไปใช้อย่างต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์การดูแลหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวและติดตามผลลัพธ์ในประเด็นอื่น ๆ เช่น การใช้ระยะจับปวดกลุ่มโอปิออยด์ในระยะสุดท้ายต่อการลดระยะเวลาวันนอน

ในโรงพยาบาล และวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายระหว่างการดูแลแบบทั่วไปและรูปแบบการจัดการรายกรณี

เอกสารอ้างอิง

1. Watson, Max, et al. (ed.). Oxford handbook of palliative care. Oxford University Press, USA, 2019.
2. Sahmae N, Nilmanat K, Kongsuwan W. Muslim primary caregivers' experience in caring for terminal-stage critically ill patients in the ICU ward. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2013; 28(3): 31-43. (In Thai)
3. Robinson J, Gott M, Ingleton C. Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. Palliat Medicine 2014; 28(1): 18-33.
4. Pasri P, Isaramalai S, Hattakit U. Family Caregivers' Support Needs in Caring for End Stage Cancer Patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2015; 35(2): 79-92. (In Thai)
5. Fongkerd S, Poogritsana S. Effect of illness beliefs model program on the families suffering from taking care end state cancer patients. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013; 23(3): 122-131.
6. Spettell C, Rawlins W, Krakauer R, Fernandes J, Breton M, Gowdy W, et al. A Comprehensive Case Management Program To Improve Palliative Care. J Palliat Med. 2009; 12(9): 827-32.
7. Dumont I, Dumont S, Turgeon J. Continuity of care for advanced cancer patients. J Palliat Care. 2005; 21(1): 49-55.
8. Lockett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. BMC Health Serv Res. 2014; 14: 136.

9. Silveira M, Forman J. End-of-life care from the perspective of primary care providers. *J Gen Intern Med* 2012; 27(10): 1287-93.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A. G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *BRM* 2009; 41: 1149-60.
11. Nilmanat K, Sae-Chit K. Effects of a case-based management nursing program me for terminally ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2018; 33(3): 52-66. (In Thai)
12. Quill T, Abernethy A. Generalist plus specialist palliative care — creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013; 368(13): 1173-5.
13. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing G, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliat Med* 2012; 26(8): 1034-41. (In Thai)
14. Penpassorn M. Assessment of care for terminally ill critically ill patients and mortality by family members [Adult Nursing Department]. *Khon Kaen: Khon Kaen University*; 2013.
15. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27(6): 492-501,
16. Nursing services division, Maharajnakorn Chiangmai Hospital. (n.d.). Family Satisfaction Questionnaire. Retrived from <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative.html>
17. Wongrattana, C. Statistical technique for research. (11th ed.) Bangkok: Thepnaruamitt Publisher 2009; (in Thai)
18. Sapinan, L. Manual for Palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher 2013; (in Thai)
19. Sindhu S, Wongrot P. (Eds.). Case management for patients with diabetes and hypertension. (2nd ed.). Bangkok: Wattana Publisher 2014; (In Thai)
20. Chongjarearn, A. Cheumnok, W. Challenges of nurses in developing a palliative care innovation in Thailand. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2021; 32(2):1-15. (In Thai)
21. Chin C, Booth S. Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgrad Med J*. 2016;92:393-400. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133578. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
22. Molek R, Binhosen V, Pakdevong N. (2015). Symptom intensity in persons with advanced cancer receiving palliative nursing care protocol and caregivers' satisfaction. *J Nurs Health Care* 2015; 33(2): 102-109.
23. Glajchen M, Goehring A. (2017). The family meeting in palliative care: Role of the oncology nurse. *Semin Oncol Nurs* 2017; 33(5): 489-497.
24. Rietjens J, Sudore R, Connolly M, Delden, J, Drickamer M, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology* 2017; 18(9): 543-551.
25. Nantachaipan P. Case Management in the care for patients at the end of life. *Nursing Journal* 2015; 42(1): 153-158. (In Thai)