



ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

The Palliative Care Outcome of Cancer patients
At Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

ปนัดดา	สุวรรณ	พย.ม.*	Panadda	suwan	M.N.S.*
ลดารัตน์	สาภินันท์	พย.ม.*	Ladarat	Sapinun	M.N.S.*
ธนพัฒน์	ไชยป้อ	พย.ม.*	Thanaphat	Chipoh	M.N.S.*
ตุลา	วงศ์ปาลี	พย.ม.*	Tula	wongpalee	M.N.S.*
วันทนี	แสงวัฒนะรัตน์	พย.ม.*	wantanee	Sangwattanarat	M.N.S.*
เรไร	พงศ์สถาพร	พย.ม.*	RaRai	Pongsathaporn	M.N.S.*
จิตราวดี	จิตจันทร์	พย.ม.*	Chitrawadee	Chitchun	M.N.S.*
ชยุต	ใหม่เขียว	พย.ม.*	Chayut	Maikiaw	M.N.S.*
อุบล	บัวชุม	พย.ม.*	Ubon	Bourchum	M.N.S.*
นงเยาว์	มงคลอิทธิเวช	พย.ม.*	Nongyao	Mongkhonittivech	M.N.S.*
สุกัญญา	งามสกุลรัตน์	พย.ม.*	Sukunya	Ngamsakunrat	M.N.S.*
มนัสสา	สิงห์เฉลิม	พย.ม.*	Manassa	Singshalerm	M.N.S.*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 380 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ครั้งที่ 1 ในช่วงวันที่ 1- 3 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 หลังจากการประเมินครั้งที่ 1 ภายใน 3-7 วัน และครั้งที่ 3 หลังจากการประเมินครั้งที่ 2 ภายใน 3-7 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Friedman Test ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์กันจึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs Test และสถิติ Mann Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเปรียบเทียบตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลกับผู้ป่วยทั้ง 3 ครั้ง พบว่าไม่มี

* พยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN)
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยดีขึ้นและการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลไม่แตกต่างจากการรับรู้ของผู้ป่วยตั้งนั้นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้และมุมมองของพยาบาล การรับรู้และมุมมองผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

Background: Cancer is cause of suffering to patients and palliative care needs across physical, psychological, social and spiritual. 1. To study the results palliative care awareness and perspectives of cancer patients admitted to MaharajNakorn Chiang Mai hospital. AndTo compare the efficacy of palliative care as perceived and perspectives of nurses and cancer patients admitted to MaharajNakorn Chiang Mai hospital. And compare the results palliative care nurse in view of the patient's cancer. The samples were cancer patients admitted to the ward. And nurses who provide palliative care patients. MaharajNakorn Chiang Mai Hospital from April to September 2555. Purposive sampling was done for 380 cancer patients who had Palliative Performance Scale level 40%-100% and 380 staff nurses. The patients and staff nurses were asked to complete the Palliative Care Outcome Scale (POS) for three times: during the first day - the third day of admission, next 3 days - 7 days for twice. The data analyses by used Friedman Test, Wilcoxon matched-pairs Test, and Mann Whitney U Test depended on the objectives and the characteristics of data.

Results: Theaverage score of POS scores between nurses' perception and view point and patients' were decreased with statistical significant ($p < .001$). But the average score of POS scoresofnurses' perception and view point and patients' for three times were not different.

Conclusions: The palliative care outcomeof the patients' perception and view point were improved. Particularly to the palliative care outcome evaluation of nurses' perception and view point were not different. So the base-line data of palliative care outcome could be used to improve the quality of care for patient and their family.

Key words: Palliative care outcome, Cancer patients, Perceptionof patient, Perceptionof Nurse



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ใช้ระยะเวลายาวนาน ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งระดับบุคคลและระดับประเทศ ดังจะเห็นได้จากสถิติอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 – 2554 คือ 58,076 และ 61,082 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2554) สำหรับสถิติของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ในปี 2550-2554 พบว่ามีทั้งหมด 5,312, 5,696, 5,748, 5,490 และ 5,302 ราย (ตามลำดับ) (หน่วยสถิติงานเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2554) จากสถิติจำนวนผู้ป่วย และอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนนี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหา และความสำคัญของโรคมะเร็งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว

โรคมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด การให้รังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัด และการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540) จากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เช่น คลื่นไส้เบื่ออาหาร น้ำหนักลดและอ่อนเพลียอาการปวด น้ำหนักลด มีการติดเชื้อง่าย ซีด มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เกิดความกลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นภาระลูกหลาน วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต (สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์, 2545) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค และทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อโรคลกลับเป็นซ้ำหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการรบกวน (symptom) ทั้งอาการทางกาย และ/หรืออาการทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด เป็นต้น (WHO, 2005)

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว เพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการป้องกันบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการ

ค้นหาปัญหาแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างถูกต้องและแม่นยำ และรักษาความปวด ตลอดจนปัญหาอื่นๆ ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) โดยมีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ การรักษาความปวดและอาการอื่นๆ ครบถ้วนทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ได้พัฒนาให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและร่วมกันจัดทำ “แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ” ตามแนวคิด Palliative care Integration Project Care Plan “Lite” version ของ Palliative Care Medicine, Queen’s University ประเทศแคนาดา และปีพ.ศ. 2551 ได้จัดทำ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Suandok Palliative Care Model)” เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของหอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆ ในฝ่ายการพยาบาล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Suandok Palliative Care Model) เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยมุ่งเน้นกิจกรรมการดูแล คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด และดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ได้รับสารอาหารทดแทน ได้รับการพักผ่อนนอนหลับ 2) การดูแลด้านจิตใจและความรู้สึก โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก มีเวลาอยู่ร่วมกันมีส่วนร่วมการดูแล และได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเคารพนับถือหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้



ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ 4) การดูแลและเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา และให้การดูแลระดับประคับประคองจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว 5) การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวทราบอย่างต่อเนื่อง เช่น กรณีผู้ป่วยมีอาการและมีสัญญาณชีพผิดปกติ มีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง รวมถึงเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของสมาชิกครอบครัว ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ประเมินผลการรับทราบข้อมูล และให้ความช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ มีคุณค่าแห่งชีวิตผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมีชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีมีความอบอุ่นได้อยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวอย่างแท้จริง ตลอดจนช่วยเหลือให้กระบวนการตายดำเนินไปด้วยความสงบเรียบร้อยเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งหวังผลลัพธ์คือผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หน่วยงานต่างๆในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำ”รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Suandok Palliative Care Model)” ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างครอบคลุม ซึ่งจากการสำรวจงานวิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

ตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Suandok Palliative Care Model) ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Palliative care Integration Project Care Plan “Lite” version ของ Palliative Care Medicine, Queen’s University ประเทศแคนาดา ซึ่งประกอบด้วยคำนิยามศัพท์ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS 3 ระยะ ได้แก่ 1) PPS 0-30% 2) PPS40-60% 3) PPS70-100% โดยมุ่งเน้นกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ และความรู้สึก การดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลและเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวทราบอย่างต่อเนื่อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งและเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาล และผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งคัดเลือกลงโดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตาราง ของเครซี่ และมอร์แกน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) สามารถเข้าใจภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ 2) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย 3) อายุ 18 ปีขึ้นไป 4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ และไม่มีอาการรบกวนหรือมีอาการรบกวนระดับไม่เกิน 3 คะแนน ตามแบบประเมินอาการรบกวน Edmonton symptom assessment scale 4) มีระดับความสามารถ



ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale level หรือ PPS level) ตั้งแต่ร้อยละ 40 - 100 โดยประเมินด้วยแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok: PPS Adult Suandok) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 380 ราย ส่วนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสอาชีพระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิบัตรที่ใช้ในการรักษา การวินิจฉัยโรค

1.2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale Adult Suandok หรือ PPS Adult Suandok) เป็นเครื่องมือที่ คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลมาจาก แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 ของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไมเคิล ดาวนิงและคณะ ค.ศ. 1996 Victoria Hospice, Canada ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 5 ด้านของผู้ป่วย คือความสามารถในการเคลื่อนไหว (Ambulation) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค (Activity & Extent of disease) การดูแลตนเอง (Self care) การรับประทานอาหาร (intake) และระดับความรู้สึกตัว (conscious level) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองเพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาหรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS 70 - 100% ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPS 40 - 60% ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS

0 - 30% โดยประเมินในระยะแรกรับ (initial assessment) และประเมินต่อเนื่องทุกสัปดาห์

1.3 แบบประเมินระดับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome scale: POS) ที่พัฒนาโดย Irene Higginson and Dr. Richard Harding & et.al (2002), King's college, London, United Kingdom ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับสอบถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (POS Staff questionnaire) และ ฉบับสอบถามผู้ป่วย (POS Patient questionnaire) ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญของภาษา จากอาจารย์ประจำภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษอีก 2 ท่าน แปลย้อนกลับ (back translation) พบว่าการแปลย้อนกลับนั้นมีการใช้ภาษาถูกต้องเหมาะสม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนี ความตรงของเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อัลฟาของครอนบราค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่แปลเป็นภาษาไทย ฉบับสอบถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อัลฟาของครอนบราค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับได้แก่ 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกรู้สึกับตัวเองเลย/เสียเวลา



มากกว่าครึ่งวัน/ ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ เกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นแบบประเมินที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยตามความคิดเห็นของพยาบาลการแปลผลคะแนนถ้าคะแนนเข้าใกล้ 0 หรือเป็น 0 แสดงว่ามีผลลัพธ์การดูแลที่ดี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการวิจัยครั้งนี้ว่าจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลกับผู้วิจัยและจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนบุคคลมีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงได้ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและรวบรวมข้อมูล ดังนี้ แจกหัวหน้างาน ผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย งานพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์งานพยาบาลผู้ป่วย ศัลยศาสตร์ งานพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา งานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ งานพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ และงานพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

2. สํารวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งให้เซ็นชื่อใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

5. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

5.1 ครั้งที่ 1 ให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสอบถามเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ในช่วงวันที่ 1-3 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสอบถามผู้ป่วยในวันเดียวกัน

5.2 ครั้งที่ 2 รวบรวมข้อมูลหลังจากการประเมินครั้งที่ 1 ภายใน 3-7 วัน โดยให้พยาบาลคนเดิมตอบแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสอบถามเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสอบถามผู้ป่วยในวันเดียวกัน

5.3 ครั้งที่ 3 รวบรวมข้อมูลหลังจากการประเมินครั้งที่ 2 ภายใน 3-7 วัน โดยให้พยาบาลคนเดิมตอบแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสอบถามเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับสอบถามผู้ป่วย ในวันเดียวกันโดยไม่ต้องประเมินครั้งที่ 3 ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยนำมา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ผลลัพธ์การดูแลแบบ



ประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็ง
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทั้ง
3 ครั้ง พบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติจึงใช้
สถิติ Friedman Test ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่มี
ปฏิสัมพันธ์กัน จึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่าง
โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs Test

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตาม
การรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วย
มะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนคร

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 380)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	199	52.37
หญิง	181	47.63
อายุ		
< 60	213	56.05
≥ 60	167	43.95
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	57.21	(11.49)
สถานภาพสมรส		
โสด	101	26.57
คู่	254	66.85
หม้าย	20	5.26
หย่า/แยกกันอยู่	5	1.32
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	4.48
ระดับประถม	193	50.78
ระดับมัธยม	86	22.63
ปริญญาตรีขึ้นไป	84	22.11
อาชีพ		
รับจ้าง	93	24.47
เกษตรกร	118	31.06
พนักงานของรัฐ	20	5.26
รับราชการ	75	19.74
รัฐวิสาหกิจ	73	19.21
ไม่ได้ทำงาน	1	0.26

เชียงใหม่ตามระยะเวลาพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็น
โค้งไม่ปกติจึงใช้สถิติ Mann Whitney U Test

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตาม
การรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 380 ราย ผลการ
วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง



ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 380) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	111	29.21
น้อยกว่า 5,000	119	31.32
5,000 – 10,000	69	18.15
มากกว่า 10,000	81	21.32
สิทธิบัตรที่ใช้ในการรักษา		
เสียค่าใช้จ่ายเอง	42	11.05
บัตรประกันสุขภาพ	216	56.85
เบิกราชการ และประกันสังคม	118	31.05
อื่นๆ	4	1.05
โรค		
มะเร็งปอด	79	20.79
มะเร็งตับ	66	17.37
มะเร็งลำไส้	60	15.76
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	33	8.67
มะเร็งศีรษะและลำคอ	31	8.15
มะเร็งกระดูก	30	7.88
มะเร็งปากมดลูก	22	5.79
มะเร็งต่อมไทรอยด์	20	5.26
มะเร็งเต้านม	12	3.15
มะเร็งกระเพาะอาหาร	6	1.57
มะเร็งมดลูก	6	1.57
มะเร็งรังไข่	5	1.35
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	4	1.05
มะเร็งต่อมหมวกไต	2	0.56
มะเร็งโพรงจมูก	2	0.56
มะเร็งลิ้น	1	0.26
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	0.26
ระดับ PPS ครั้งที่ 1 (n = 380)		
40	19	5.0
50	25	6.6
60	78	20.5



ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 380) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
70	61	16.1
80	97	25.5
90	92	24.2
100	7	1.8
ระดับ PPS ครั้งที่ 2 (n = 380)		
40	21	5.5
50	24	6.3
60	77	20.3
70	89	16.1
80	104	23.4
90	3	27.4
100	1	0.8
ระดับ PPS ครั้งที่ 3 (n = 165)		
40	16	9.69
50	11	6.67
60	40	24.24
70	23	13.95
80	39	23.63
90	32	19.39
100	4	2.43

ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของพยาบาล (n = 380)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	8.16
หญิง	250	91.84
อายุ		
51-60	30	7.63
41-50	126	33.16
31-40	146	38.42
≤ 30	79	20.79
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	36.98	(8.03)



ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของพยาบาล (n = 380) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	185	48.68
คู่	170	44.74
หม้าย	20	5.26
หย่า/แยกกันอยู่	5	1.32
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	298	78.42
ปริญญาตรีขึ้นไป	82	21.58
จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง		
< 3ปี	45	11.84
3-5 ปี	67	17.63
5-10 ปี	158	41.58
>10 ปี	110	28.95

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหารามนครเชียงใหม่

ครั้งที่ 1 (ในช่วง 1-3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย) ครั้งที่ 2 (หลังจากสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3-7 วัน) และครั้งที่ 3 (หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ไปแล้ว 3-7 วันหรือเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ภายหลังจากการทดสอบ

การกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov one sample test แล้วพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ) จึงใช้สถิติ Friedman Test ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคะแนนเฉลี่ย POS และระยะเวลาการศึกษา จึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ตามระยะเวลาการศึกษาเป็นคู่ๆ โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs Test ผลการวิเคราะห์พบว่าตาม ตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งเป็นรายคู่ ระหว่างครั้งที่ 1 (ในช่วง 1-3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย) ครั้งที่ 2 (หลังจากสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3-7 วัน) และครั้งที่ 3 (หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ไปแล้ว 3-7 วันหรือเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย) (n=380)

คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็ง	\bar{X}	S.D.	Z	P-Value
ครั้งที่ 1	16.77	9.30	13.27	< .001
ครั้งที่ 2	9.99	5.42		
ครั้งที่ 1	16.77	9.30	14.12	< .001
ครั้งที่ 3	2.97	4.42		
ครั้งที่ 2	9.99	5.42	13.35	< .001
ครั้งที่ 3	2.97	4.42		



คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินผู้ป่วยครั้งที่ 1 แตกต่าง
จากครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ
 $p < .001$ ตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 แตกต่างจากครั้งที่ 3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ $p < .001$

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาล ระหว่าง
ครั้งที่ 1 (ในช่วง 1-3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย) ครั้งที่ 2 (หลังจากสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3-7 วัน)
และครั้งที่ 3 (หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ไปแล้ว 3-7 วันหรือเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย) (n= 380)

คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตาม การรับรู้และมุมมองของพยาบาล	\bar{x}	S.D.	Z	P-Value
ครั้งที่ 1	17.06	9.34	13.68	< .001
ครั้งที่ 2	10.21	5.42		
ครั้งที่ 1	17.06	9.34	12.77	< .001
ครั้งที่ 3	3.21	4.40		
ครั้งที่ 2	10.21	5.42	11.84	< .001
ครั้งที่ 3	3.21	4.40		

คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
ของพยาบาล ครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3
อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 13.68, p < .001$
และ $Z = 12.77, p < .001$) ตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจาก
การประเมินผู้ป่วยคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประ
คับประคองของพยาบาล ครั้งที่ 2 แตกต่างจากครั้งที่ 3
อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 11.84, p < .001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับ
ประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาล และความ
คิดเห็นของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
มหาธาธาชนครเชียงใหม่ ตามระยะเวลาการศึกษาเป็นคู่ๆ
โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test ภายหลังจากทดสอบ
การกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov one
sample test แล้วพบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและตามการรับรู้และ
มุมมองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาธาธาชนครเชียงใหม่ ตามระยะเวลาการศึกษาเป็นคู่ๆครั้งที่ 1
(ในช่วง 1-3 วันแรก ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วย) ครั้งที่ 2 (หลังจากสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3-7 วัน) และ
ครั้งที่ 3 (หลังจากการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 ไปแล้ว 3-7 วันหรือเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย) (n=380)

คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประ คับประคอง	ตามการรับรู้และมุมมอง ของพยาบาล		ตามการรับรู้และ มุมมองของผู้ป่วยมะเร็ง		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
ครั้งที่ 1	17.06	9.34	16.77	9.30	0.789
ครั้งที่ 2	10.21	5.42	9.99	5.42	0.425
ครั้งที่ 3	3.21	4.40	2.97	4.42	0.503



ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของพยาบาล และผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครเชียงใหม่ตามระยะเวลาการศึกษาเป็นคู่ๆ พบว่าไม่

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย ครั้งที่ 1 ($Z = 0.268, p < 0.789$) ครั้งที่ 2 ($Z = 0.752, p < 0.452$) และ ครั้งที่ 3 ($Z = 0.669, p < 0.503$)

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายข้อของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (n=380)

ข้อ	รายการ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง					
		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
		พยาบาล	ผู้ป่วย	พยาบาล	ผู้ป่วย	พยาบาล	ผู้ป่วย
1	อาการปวด	1.79	1.83	1.2	1.28	0.46	1.51
2	อาการอื่นที่มีผลกระทบ ต่อความรู้สึก	1.71	1.68	1.22	1.16	0.30	2.37
3	หงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา	1.65	1.56	1.13	1.14	0.42	0.43
4	สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือ เพื่อน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย	1.89	1.85	1.11	1.19	0.30	0.47
5	ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา	1.40	1.28	0.78	0.71	0.20	0.06
6	ระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน	1.70	1.68	1.11	1.03	0.36	0.39
7	รู้สึกเศร้าใจ	1.43	1.54	1.08	1.09	0.40	0.27
8	รู้สึกดีกับตัวเอง	1.51	1.42	1.01	0.95	0.31	0.26
9	เสียเวลาในการนัดหมาย	2.37	2.25	0.32	0.46	0.08	0.05
10	ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิด จากความเจ็บป่วย	1.50	1.55	1.08	0.88	0.33	0.32

จากตารางข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรายข้อ ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทุกข้อมีคะแนนลดลงตามลำดับ

การอภิปรายผล

การศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครเชียงใหม่จำนวน 380 ราย ผลการ

วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครเชียงใหม่จากการประเมินโดยผู้ป่วยพบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคองครั้งที่ 1 เท่ากับ 16.77 ครั้งที่ 2 เท่ากับ 9.99 และครั้งที่ 3 เท่ากับ 2.97 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยจากการประเมิน ครั้งที่ 1 ลดลงจากครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 13.27, p = .001$ และ $Z = 14.12, p = .001$) ตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินผู้ป่วยครั้งที่



2 แตกต่างจากครั้งที่ 3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 13.35, p = .001$) (ตาราง 2) อาจเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองชัดเจน มีรูปแบบ Suandok Palliative Care Model สำหรับสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมแบบองค์รวม มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นกิจกรรมการดูแล คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ได้รับสารอาหารทดแทน ได้รับการพักผ่อนนอนหลับ 2) การดูแลด้านจิตใจและความรู้สึก โดยการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้รับความรู้และมีความรู้สึก มีเวลาอยู่ร่วมกันมีส่วนร่วมการดูแล และได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเคารพนับถือหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ 4) การดูแล และเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัว ประสานงานพบแพทย์ผู้รักษา โดยการประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา และให้การดูแลประคับประคองจิตใจ 5) การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวทราบอย่างต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยมีอาการและมีสัญญาณชีพผิดปกติ มีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงรวมถึงเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ประเมินผลการรับทราบข้อมูล และให้ความช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ มีคุณค่าแห่งชีวิต ได้รับความสุขสบายมีชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีมีความอบอุ่นได้อยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวอย่างแท้จริง ตลอดจนช่วยเหลือให้กระบวนการตายดำเนินไปด้วยความสงบเรียบร้อยเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนมี Guideline symptom management มีการพัฒนา

ความรู้เจ้าหน้าที่ทุกระดับอย่างต่อเนื่องปลูกจิตสำนึกเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้ตระหนักถึงการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการบำรุงขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ โดยการจัดอบรมธรรมะ เพื่อกล่อมเกล่าจิตใจให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งได้รับการยอมรับจากระดับประเทศและระดับนานาชาติจากการได้รับรางวัลจากการมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งเป็นแหล่งศึกษาดูงานและแหล่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีสหสาขาวิชาชีพในระดับประเทศและนานาชาติในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้กำหนดนโยบายมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (Excellence center)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของของบอสเวิน และคณะ (Bausewein et.al, 2005) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายจำนวน 118 คน ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมิวนิค ประเทศเยอรมัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยจากการประเมิน ครั้งที่ 1 ลดลงจากครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของไอเซนคลาสและคณะ (Eisenclas et al, 2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายจำนวน 65 คน ณ โรงพยาบาลชุมชน ประเทศอาร์เจนตินาพบว่าคะแนนเฉลี่ยจากการประเมิน ครั้งที่ 1 ลดลงจากครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมอง ของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value ครั้งที่ 1 = 0.789, P value ครั้งที่ 2 = 0.425 P value และครั้งที่ 3 = 0.503) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งไม่แตกต่างกัน อาจเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และเจ้าหน้าที่



ทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ใส่ใจที่จะค้นหาปัญหาและความต้องการ จึงทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง และให้การดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จึงสามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีจำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 41.58 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 28.95 ซึ่งจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสามารถเห็นถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดีจึงทำให้การรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของไอเซนคลาสและคณะ (Eisenclas et al., 2008) ในผู้ป่วยที่โรคมะเร็งระยะแพร่กระจายจำนวน 65 คน ณ โรงพยาบาลชุมชน ประเทศอาร์เจนตินา พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง จากการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง ระหว่างกลุ่มฉบับสอบถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและกลุ่มฉบับสอบถามผู้ป่วย ไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และนำไปเป็นหลักฐานการประกันคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) มาประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังให้การดูแลแบบประคับประคองของหน่วยงานเพื่อวัดคุณภาพการดูแล และเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามรายชื่อ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. ด้านการบริหารพยาบาล นำเสนอสรุปผลการวิจัยแก่หัวหน้าฝ่ายการเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลต่อไป

3. ด้านการศึกษาเป็นแนวทางให้หน่วยงานอื่นที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือผู้ป่วยประคับประคอง ได้นำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองซึ่งผ่านการแปล ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือซึ่งอยู่ในเกณฑ์ตามมาตรฐานไปปรับใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคไตวายระยะสุดท้ายที่มีอาการคุกคามของโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในทุกมิติ และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- จตุพล ศรีสมบุญ. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม. ในจตุพล ศรีสมบุญ. (บรรณาธิการ.), มะเร็งวิทยานารีเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 108-211). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สุรศักดิ์พิพัฒน์ชัย. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ตาราง 2.3.4 จำนวน และอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พค 2546-2550 (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา Error! Hyperlink reference not valid.table%2.2.3.4%20 cause. Xs (20 มกราคม 2554).
- หน่วยสถิติ งานเวชระเบียน. (2554). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2551-2554. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bausewein C. & et.al (2005). Validation and clinical application of the German Version of the palliative care outcome scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(1), 51-62.
- Eisenclas J.H., Harding R., Daud M.L., Perez M., Simone G. G., & Higginson I. J. (2008). Use of the palliative outcome scale in Argentina: A cose-Culture adaptation and validation study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(2), 188-202.
- Hearn J. & Higginson I.J. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: The palliative Care Outcome Scale. Palliative care Core Audit Project Advisory Group. *Quality in Health Care*, 8(4), 219-227.
- World Health Organization. (2005). *Definition of Palliative Care*. Geneva, Switzerland: WHO.