

การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย A Study of Palliative Care Nursing Outcomes Quality Indicators, Patients with Cancer in the Terminal Stage

เกศินี พุทธรนต์* กัญญดา ประจุศิลป์**
Kasinee Puttamon* Gunyardar Prachusilpa**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 18 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา แล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญในแต่ละข้อ และขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และนำกลับส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันคำตอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 6 ด้าน 37 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการดูแลอาการทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และ 6) ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง มะเร็งระยะสุดท้าย ผลลัพธ์การพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพ

Received: June 19, 2018 Revised: November 19, 2018 Accepted: December 7, 2018

* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ E-mail: amoxy__amm@hotmail.com

* Corresponding author, Professional nurse, Chulabhorn Hospital. E-mail: amoxy__amm@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Abstract

The purpose of this research was to identify the palliative care nursing outcomes quality indication for patients with cancer in the terminal stage by using the Delphi technique. Eighteen experts agreed to participate in this research related to care patients with cancer in the terminal stages. The questionnaires were developed by the researcher and used as the research instrument with modified Delphi technique. They were developed in 3 major steps. Step 1: Using semi-open ended questionnaires, the experts were asked to identify the nursing outcomes quality indicators for patients with cancer in the terminal stages. Step 2: The data received from the first stage was analyzed to develop the rating scale questionnaires. Step 3: Questionnaire items were analyzed by using the median and interquartile range, then sent back to the experts for their confirmation.

According to the research, the palliative care nursing outcomes quality indicators for patients with cancer in the terminal stage comprised 6 categories and 37 indicators: 1) Pain relief of the patient (5 indicators); 2) Relief of physical disturbances of the patient (8 indicators); 3) The safety of the patient from complications (4 indicators); 4) The responses of mental, psychosocial, and spiritual needs of the patient and family (5 indicators); 5) Coping and adaptation of the patient and family (8 indicators); and 6) Coping with the dying of the patient and family (7 indicators).

Keywords: palliate care, cancer in terminal stage, nursing outcome, quality indicators

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555-2557 มีจำนวน 63,272 ราย, 67,694 ราย และ 70,075 ราย ตามลำดับ¹ จะเห็นได้ว่า มีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้น เมื่อระยะของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด อาการแสดงต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนวาระสุดท้าย

ของชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียที่กำลังจะมาถึง² ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐมวดี สิงห์ตง และชนกพร จิตปัญญา³ พบว่า ครอบครัวได้สะท้อนผลลัพธ์ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล สับสน หมดหวังกลัวผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน 2) ด้านบทบาทหน้าที่ ครอบครัวต้องดำเนินไปด้วยความยากลำบาก และต้องมีการวางแผนอนาคตเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ด้าน

เศรษฐกิจ ครอบครัวต้องหาเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย และ 4) ด้านร่างกาย ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จนเกิดอาการเจ็บป่วย

การรักษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการฉายแสงเพื่อให้หายจากโรคได้ การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางส่วนต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต บางส่วนดูแลในหอผู้ป่วยสามัญขึ้นอยู่กับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด (Pain) อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) ภาวะติดเชื้อ (Infection) ภาวะเลือดออกง่าย (Bleeding) ภาวะซีด (Anemia) เป็นต้น รวมถึงยังต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาต่างๆ อีกด้วย นอกจากนี้ ดั้งนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย⁴ การวางแผนการดูแลประเมินปัญหาและให้การพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการเข้าถึงจิตใจและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและตรงจุด⁵ ซึ่งการดูแลแบบประคับประคอง จะมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง การดูแลรักษา การติดตามอาการ ตลอดจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต⁶

จากมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งที่ 2 ปี 2556 ได้มีการพิจารณาแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 เนื่องจากมีควมตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์และคุณภาพของชีวิตในวาระสุดท้าย รวมถึงคุณภาพการตายหรือการตายดีซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม จึงมีส่วนสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมยังมีส่วนในการลดภาระค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศอีกด้วย และในปัจจุบันได้มีการจัดตั้งชมรมพยาบาลแบบประคับประคองขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นเครือข่ายความร่วมมือกันของพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง⁷ นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการและบทบาทการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อให้พยาบาลมีความพร้อม มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง⁸ ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านกระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาและการแจ้งข่าวร้าย แต่ยังคงชีวิตด้านผลลัพธ์และจากการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ยุวบุษย์ ทินนะลักษณ์⁹ กล่าวว่า

การดูแลแบบประคับประคองในด้านกระบวนการ มีความเป็นองค์รวม แต่ในด้านของผลลัพธ์ยังขาด ความชัดเจนอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic review) ของ De Roo, et al.¹⁰ และ Pasman, et al.¹¹ พบว่า ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างและกระบวนการ 2) ด้านการดูแลด้านร่างกาย 3) ด้านการดูแลด้านจิตใจ 4) การดูแลด้านสังคม 5) การดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และการมีชีวิตอยู่ 6) การดูแลด้านวัฒนธรรม 7) การดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจนกระทั่งเสียชีวิต และ 8) การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งการประเมินส่วนใหญ่เป็นการประเมินทางคลินิก ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริงจากการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจน

การพยาบาลมะเร็งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน เน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย สุขสบาย เช่น การดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด การดูแล ให้ได้รับออกซิเจน การประเมินสัญญาณชีพและ บันทึกรายการน้ำเข้าออก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC) ยัง คงเป็นการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยรวม¹² ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ในปัจจุบันเป็นตัวชี้วัดที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง และตัวชี้วัดของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย เช่น อัตราการเสียชีวิต ความพึง

พอใจของผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งยังไม่สามารถระบุตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์จากการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ เป็นตัวแปรหรือกลุ่มของตัวแปรที่วัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง¹³ และเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงสามารถทราบและประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และตัวชี้วัดยังจะช่วยให้พยาบาลรับรู้งานที่ทำได้ตามเป้าหมายมากขึ้นเพียงใด ดังนั้นตัวชี้วัดจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินและติดตามผลลัพธ์การพยาบาลที่เป็นตัวบ่งบอกคุณภาพการดูแล การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมจะช่วยให้การประเมินผลการพยาบาลมีคุณภาพและสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยให้ไปในทิศทางเดียวกัน และตัวชี้วัดที่ดีต้องมีความตรงตามเนื้อหา ความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปวัดได้ ประเมินผลได้ง่ายและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง¹⁴

คำถามการวิจัย

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นักวิจัยได้สังเคราะห์และบูรณาการโดยใช้แนวคิดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้จากการบูรณาการการประเมินผลลัพธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)¹⁵, สำนักงานพยาบาล¹⁶, Dunlop¹⁷, National consensus project¹⁸ และ NOC¹² ร่วมกับการบูรณาการความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือมีผลงานทางวิชาการหรืองานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 18 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และการบอกต่อ (Snowball Technique) ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์ เป็นแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง จำนวน 4 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ จำนวน 4 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 4 คน และ 5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2559

ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยทราบว่าสิทธิจะปฏิบัติที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในแบบสอบถาม แบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ และทำลายเทปทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ในการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 คำถามที่ใช้คือ

- 1) จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกี่ด้าน อะไรบ้าง
- 2) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ควรประกอบด้วยรายละเอียดที่เป็นตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม สร้างมาจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน สร้างแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญในแต่ละด้าน ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ชุดที่ 3 นำแบบสอบถามที่ได้จากรอบที่ 2 มาสร้างแบบสอบถามฉบับใหม่ ที่ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range) และตำแหน่งของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันการคงคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จำนวน 8 คน สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 12 คน และตอบแบบสอบถามทางอีเมล จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน ใช้เวลาประมาณคนละ 45-60 นาที ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2559 ถึง 10 มกราคม 2560 รวม 72 วัน นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) บูรณาการร่วมกับแนวคิดทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ตัวชี้วัดทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการทุเลาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการทุเลาอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ 6) ด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับ

ความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 39 ข้อ นำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ด้วยตนเองจำนวน 3 คน และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 18 คน (ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ขอลอกจากการศึกษาเนื่องจากไม่สะดวกเรื่องเวลา) ใช้ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม-24 ตุลาคม 2560 รวม 14 วัน นำมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile range) พบว่า ค่ามัธยฐาน (Md) อยู่ในช่วง 3.30-4.74 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) อยู่ในช่วง 0.27-0.79 ปรับเปลี่ยนข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สรุปได้แบบสอบถามรอบที่ 3 ตัวชี้วัดทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการทุเลาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการทุเลาอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ 6) ด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 37 ข้อ นำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ด้วยตนเองจำนวน 2 คน ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

(E-mail) จำนวน 16 คน ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน - 16 พฤศจิกายน 2560 รวม 6 วัน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับมากถึงมากที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ทุกข้อความมีค่าไม่เกิน 1.00 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 14.11 และคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁹ ซึ่งรวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการศึกษาคั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 381 วัน

ผลการวิจัย

การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติว่า ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ด้าน คือ

- 1) ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย
- 2) ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย
- 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
- 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) ด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสิ้น 37 ข้อ ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.10-4.75 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.25-0.64 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อยู่ระดับที่มีความสำคัญมากถึงมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อ	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย				
1.	อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ หลังจากการได้รับยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
2.	ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ	4.75	0.25	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
3.	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้อาเจียน, ความรู้สึกตัวลดลงน้อยกว่า 2 คะแนน (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15), ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ เป็นต้น	4.71	0.28	มากที่สุด
4.	ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ มีความสุขสบาย หลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล การช่วยเหลือในการทำสมาธิ หรือการนวดประคบ	4.75	0.25	มากที่สุด
5.	สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง	4.75	0.25	มากที่สุด
2. ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย				
1.	ระดับคะแนน จากการประเมิน อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) น้อยกว่า 4 คะแนน จากอาการทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ	4.62	0.32	มากที่สุด
2.	ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ระดับออกซิเจนในเลือด (O ₂ Saturation) มากกว่า 90%, อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที	4.75	0.25	มากที่สุด
3.	ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือแน่นท้องลดลง จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลังได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย หรือการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (Abdominal tapping)	4.72	0.27	มากที่สุด
4.	ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการดูแลและทำความสะอาดช่องปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง และได้รับยาชาชาลิ้นปาก เช่น Xylocain viscus	4.65	0.45	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
5.	อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit)	4.75	0.25	มากที่สุด
6.	ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน จากการดูแลให้ได้รับยาระบาย และการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย	4.75	0.25	มากที่สุด
7.	อาการอ่อนเพลียลดลง หรือไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue)	4.63	0.31	มากที่สุด
8.	รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ โดยการประเมินอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน	4.62	0.32	มากที่สุด
3. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ				
1.	ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) หลังได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด	4.62	0.61	มากที่สุด
2.	ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังจากได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction)	4.62	0.56	มากที่สุด
3.	ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เช่น มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae) เลือดออกตามไรฟัน, อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) เป็นต้น	4.10	0.60	มาก
4.	ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) เช่น คลื่นไส้อาเจียน ซึม ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ชักเกร็ง กระตุก (Seizure) เป็นต้น หลังจากการได้รับยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการควบคุมสารน้ำในร่างกาย (Intake - Output)	4.14	0.64	มาก

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
4. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว				
1.	ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง รวมถึงอาการและการรักษา, ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
2.	ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินของโรค และสภาพอาการต่างๆที่เกิดขึ้น	4.75	0.25	มากที่สุด
3.	ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย	4.75	0.25	มากที่สุด
4.	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือพฤติกรรมแยกตัวลดลง	4.75	0.25	มากที่สุด
5.	ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการได้รับการดูแลตามศาสนา และความเชื่อของตน เช่น การทำบุญ ถวายสังฆทาน การละหมาด หรือการอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
5. ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว				
1.	ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	4.75	0.25	มากที่สุด
2.	ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) หรือมีการประชุมครอบครัว (Family conference) เช่น ขอไม่รักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการผ่าตัด (Operation)	4.75	0.25	มากที่สุด
3.	ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ได้ เช่น ผมง่วง รูปร่างพอม การให้อาหารทางสายยางที่จุ่มก (Nasogastric tube) มีถุงระบายอุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
4.	ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน หลังได้รับการช่วยเหลือในการหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน (Home oxygen) อุปกรณ์ทำแผล (Dressing set) เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
5.	ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ การดูแลแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
6.	ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) และครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) ปฏิเสธการเสียชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ยื้อชีวิต หรือต้องการกลับไปเสียชีวิตในบ้าน เป็นต้น	4.74	0.27	มากที่สุด
7.	ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองทุกครั้ง เมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการรักษา	4.75	0.25	มากที่สุด
8.	ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถาม เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การปรับยา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
6. ด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว				
1.	ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล	4.75	0.25	มากที่สุด
2.	ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวหรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกกล่าวบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิตจากการช่วยเหลือติดตามญาติ หรือการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลหลัก	4.74	0.27	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
3.	ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เช่น ตาปิดสนิททั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการชักเกร็ง เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
4.	ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น เอกสารเสียผู้ป่วย สถานที่บำเพ็ญกุศลหรือสถานที่ฝังศพ เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
5.	ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ โดยปราศจากความทุกข์ จากการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	4.75	0.25	มากที่สุด
6.	ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ร่างกายผู้ป่วย (ศพ) สะอาด เสมือนยังมีชีวิตอยู่	4.75	0.25	มากที่สุด
7.	ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก	4.72	0.28	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ได้แก่

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{15-18,20,21} ที่ให้ความสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ประเมินติดตามอาการปวดทั้ง

ความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่งที่มีความเจ็บปวด และระดับความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย สามารถหลับพักผ่อนได้ โดยการใช้ทั้งวิธีการให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการบรรเทาอาการด้วยวิธีต่างๆ เช่น การนวด การกดจุด การฝังเข็ม หรือการประคบ เป็นต้น และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีความทุกข์ทรมานในหลายๆ ด้าน เช่น ปวดจากพยาธิสภาพของโรคที่มาสามารถรักษาให้หายได้ ปวดจากการทำหัตถการต่างๆ รวมถึงผลจากความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลทำให้ความทุกข์ทรมานมากเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากลักษณะทางกาย เช่น สีหน้าไม่สุขสบาย นอนดิ้น หายใจเร็วถี่ ซีพจร

เด่นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น ปฏิบัติทาง
อารมณ์ เช่น โกรธ ไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น²²
ซึ่งการประเมินความปวดสามารถวัดได้โดยมาตรวัด
ความปวดชนิดตัวเลข (Numeric rating scale)
โดยแบ่งระดับความปวดเป็น 3 ระดับ คือ ปวดเล็ก
น้อย (Mild pain = 0-3 คะแนน), ปวดปานกลาง
(Moderate pain = 4-6 คะแนน) และปวดรุนแรง
(Severe pain = 7-10 คะแนน)²³ ซึ่งสอดคล้อง
กับผลการศึกษาของ Seow, et. al²⁴ ที่ศึกษาเกี่ยว
กับการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะสุดท้าย พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้าย อันดับแรกคือ การบรรเทา
ความเจ็บปวดของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการ
ศึกษาของ Mello, et al.²⁵ ศึกษาเรื่อง การใช้
Nursing Outcomes Classification (NOC) ใน
การประเมินผู้ป่วยมะเร็งกับอาการปวดแบบเฉียบ
พลันหรือการปวดแบบเรื้อรังในการดูแลแบบประคับ
ประคอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดและผลลัพธ์
ทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้กับการประเมิน
ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งในการดูแลแบบประคับ
ประคองได้ คือ 1) การรายงานความเจ็บปวดและ
ความยาวนานของการปวดในผลลัพธ์ระดับความ
เจ็บปวด (Pain level outcomes) 2) สัมพันธภาพทาง
สังคมในผลลัพธ์ความพาสักของบุคคล (Personal
well-being outcomes) 3) อัตราการหายใจใน
ผลลัพธ์ด้านสัญญาณชีพ (Vital sign outcomes)
4) บั๊จจัยด้านการควบคุมความเจ็บปวด (Pain
control outcomes) ดังนั้น การดูแลความเจ็บ
ปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงเป็นผลลัพธ์
ทางการพยาบาลที่สามารถวัดได้ ผู้เชี่ยวชาญจึงมี
ความเห็นว่าการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย
สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน

ผลลัพธ์ที่สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพ
การปฏิบัติงานได้

2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของ ผู้ป่วย ได้แก่

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการ
พยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวน
ทางกายต่างๆของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น
สอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด
ทั้ง 8 ข้อ อภิปรายได้ว่า อาการรบกวนเป็นสิ่ง
ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ซึ่งอาการรบกวน
ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบได้บ่อย และ
มีผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด
อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ชีพเสี้า วิดกกังวล ง่วงซึม
เบื่ออาหาร และอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการ
รบกวนเหล่านี้จะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพยาธิ
สภาพของโรคและตำแหน่งของตัวโรค แต่ส่วนใหญ่
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการหลายๆ อย่างร่วม
กัน^{15-17,20,26} ได้แก่

2.1 ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจ
ลำบากลดลง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการ
จัดการกับอาการ อภิปรายได้ว่า อาการเหนื่อย
หายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจาก
หลายสาเหตุ เช่น ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่บริเวณ
ปอดหรือมีการกระจายของก้อนมะเร็งจากบริเวณ
อื่นมายังปอด มีการติดเชื้อรุนแรงปอด มีน้ำในช่อง
เยื่อหุ้มปอด มีภาวะน้ำเกิน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้
ส่งผลต่อความสามารถในการขยายตัวของปอดเมื่อ
ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลดลง ทำให้ความสามารถใน
การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง²⁷ ซึ่งสามารถ

ประเมินอาการได้จากลักษณะการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ฟังเสียงปอด มีเสียงการตีบแคบของถุงลมปอด (Wheezing) เสียงการหายใจผิดปกติ มีเสมหะมากขึ้น การประเมินสัญญาณชีพ เช่น อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90%²⁸ ซึ่งอาการเหล่านี้จะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและตำแหน่งของตัวโรค พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลและทำนายปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพยาบาลต้องประเมินอาการต่างๆ และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและช่วยเหลือบรรเทาอาการ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีอาการหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี²⁹ ศึกษาเรื่อง ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายทางร่างกายที่มีระดับรุนแรงมาก 3 อันดับแรกคือ 1) อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย 2) อาการปวด และ 3) อาการร่วงซึม ซึ่งอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากจะส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร การนอน และยังส่งผลให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ดังนั้น การบรรเทาอาการรบกวนทางกาย ในเรื่องของการไม่มีอาการเหนื่อยหรือภาวะหายใจลำบาก จึงเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถวัดได้ สอดคล้องกับ สำนักการพยาบาล¹⁶ กำหนดให้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน และการ

ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายเป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของสถานพยาบาลในทุกระดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seow, et al.²⁴ ศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลของการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม ในเรื่องของอาการรบกวนคือ ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยเหนื่อยดีขึ้นจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย ในเรื่อง ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่า สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

2.2 อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit) จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลย่อยดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปที่สมอง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกสูงขึ้น ภาวะทางเดินอาหารไม่ทำงาน เช่น ลำไส้อุดตัน ท้องอืด ท้องผูกจากการได้รับยาแก้ปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวดส่งผลให้ผู้ป่วยเวียนศีรษะคลื่นไส้อาเจียน²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุริย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานันตร, และจรรุวรรณ มานะสุรการ³⁰ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพอาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ การศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งตับ

ได้แก่ ปวดแน่นท้อง ท้องผูก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ค้นตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการแล้วมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 2 ข้อ คือ ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) และ ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังจากได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction) อภิปรายได้ว่า ภาวะปอดอักเสบ เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ และในยารักษาโรคมะเร็งบางชนิดทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบได้³¹ และการเกิดแผลกดทับเป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสื่อมจากพยาธิสภาพของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย ผิวหนังจะมีความอ่อนแอร่วมกับการที่ได้รับโภชนาการที่ไม่เพียงพอ ร่วมกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะส่วนที่สัมผัสที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก เข่า เข็มและข้อศอก เป็นต้น²⁶ พยาบาลต้องดูแลโดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพของผู้ป่วย การใช้ที่นอนลม หรือ การ

นวดบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นการไหลเวียน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rajmakers et al.³² ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในวันสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เน้นการใช้แผนการดูแลและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ไม่ให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการควบคุมการติดเชื้อ เช่น การเกิดปอดอักเสบ การติดเชื้อในช่องปาก การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยไม่ต้องรอความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก 2 ข้อ คือ ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) และไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) อภิปรายได้ว่า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง ร่วมกับการติดเชื้อในร่างกายส่งผลให้การทำงานของไขกระดูกในการผลิตเม็ดเลือดผิดปกติ ในภาวะที่ผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย พยาบาลต้องประเมินอาการต่างๆ ของภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae) เลือดออกตามไรฟัน หรืออาเจียนเป็นเลือด และต้องติดตามประเมินค่าเกร็ดเลือด (Platelets) ค่าปกติคือ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หากผู้ป่วยมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำหรือมีเลือดออกผิดปกติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคและการส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายตามมา และจากอาการรบกวนของผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทาน

อาหารได้น้อย การเจ็บปากเจ็บคอ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยสามารถเกิดอันตรายในภาวะนี้ได้ พยาบาลต้องประเมินติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะคลื่นไฟฟ้าหัวใจว่ามี การเต้นผิดจังหวะหรือไม่ ติดตามผลเลือดค่าเกลือแร่ในร่างกาย ซึ่งค่าปกติ ระดับโซเดียมในเลือด 135-145 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร, ระดับโพแทสเซียมในเลือด 3.5-4.5 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร, ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2-3 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร, ระดับแคลเซียมในเลือด 8-10.5 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร รวมถึงการประเมินสารน้ำที่เข้าออกในร่างกายของผู้ป่วย โดยการดูปัสสาวะของผู้ป่วยควรออกอย่างน้อย 0.5 ซีซี/กิโกรัม/ชั่วโมง ซึ่งเป็นการประเมินถึงผลลัพธ์การทำงานของระบบไตเบื้องต้น ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ อภิปรายได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{15-18,20,21} ในการให้การ

ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลส่วนใหญ่จะอยู่ที่เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พนิต ภาศรี²⁹ ศึกษาเรื่อง ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุดในด้านความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมากที่สุด ดังนั้นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การบรรเทาความทุกข์ ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการเข้าใจถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล จากความกลัวความตาย และการห่วงคนที่อยู่หลังจากที่ตนเองเสียชีวิต³³ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต และลัษณากิจรุ่งโรจน์³⁴ ศึกษาความพาสูกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการส่งเสริมความพาสูกทางจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มความพาสูกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Miyashita, et al.³⁵ เรื่องการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพที่มีความสำคัญมากคือ การได้รับการตอบสนองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเอง

ได้ในระยะสุดท้าย รวมถึงการหาแหล่งสนับสนุน เมื่อผู้ป่วยไม่มีครอบครัวดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Claessen, et al.³⁶ ศึกษาเรื่อง การสร้างตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในส่วนของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การจัดการความเจ็บปวดและอาการต่างๆ ของร่างกาย 2) ความพึงพอใจทางจิตสังคมของผู้ป่วย 3) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย และในส่วนของครอบครัว ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของครอบครัว และการดูแลญาติหลังความตายของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย อาการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ นอกจากนี้การตอบสนองสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จะช่วยสะท้อนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดกำลังใจ³⁷ การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นบทบาทอิสระที่มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

5. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ควรที่จะมีการทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสารร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมักไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว ผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดคือครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล ดังนั้นครอบครัวจึงต้องยอมรับเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และให้การดูแลทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน³⁸ ในอีกมุมหนึ่งคือ ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) ซึ่งเป็นการแสดงเจตนาโดยเจ้าของชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองจะได้รับการปฏิบัติตามที่ตนต้องการ ไม่ถูกยื้อชีวิตโดยไม่ปรารถนา ซึ่งพินัยกรรมชีวิตนี้ไม่จำเป็นต้องมีแบบฟอร์ม แต่ต้องสื่อถึงความปรารถนาที่ชัดเจน³⁹ ซึ่งจาก มาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ⁴⁰ บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไป แต่ผู้ขอความจำนองสามารถยกเลิกได้ทุกเมื่อ ดังนั้นการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีการวางแผนล่วงหน้า และให้เป็นที่ยอมรับตรงกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Seow, et al.²⁴ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากจะเน้นเกี่ยวกับอาการต่างๆ ยังเน้นเรื่องการสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลและการตัดสินใจ การสื่อสารเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัด ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

6. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ อภิปรายได้ว่า การเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{15-18,20,21} ที่ให้ความสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ปราศจากความทุกข์ทรมาน ผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ

สุขท่ามกลางบุคคลที่รักและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงครอบครัวสามารถเผชิญภาวะใกล้ตายและความโศกเศร้าจากการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา คุณทรงเกียรติ⁴² ศึกษาเรื่อง การตายดีตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยรับรู้ว่าการตายดีคือการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย ทางใจ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น ได้มีการสั่งเสียและบอกความต้องการของตนเอง ไม่มีสิ่งติดค้างคาใจ ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวและบุคคลที่รักในวาระสุดท้าย และผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสิ่งที่ต้องการ เช่น บ้านหรือสถานที่ที่เปรียบเสมือนบ้าน พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของครอบครัวในการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยในระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ในการเตรียมความพร้อม และเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ความเคารพเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณป่วยยังไม่ได้จากไป ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลที่ได้เกี่ยวกับตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาตนเองในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3. ผู้บริหารสามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพและประเมินผลการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. นำแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/index__original.php
2. อุมารณีย์ ไพศาลสุทธิเดช. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. การประชุมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง “วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง” (Best Practice for Cancer care). วันที่ 21 ก.พ. 2556; ห้องประชุม นพ.พงษ์ศักดิ์ วิทยากร(7R) ชั้น 7 อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลกรุงเทพ. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย; 2556.
3. ปฐมวดี ลิงหัง, ชนกพร จิตปัญญา. ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. Rama Nurs J 2555;18(3):404-17.
4. พาณิต หลีเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าวิชาชีพ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ 2557;17(34):127-36.
5. เพ็ญจันทร์ ลิทธิปริชาชาญ. การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. Journal of Nursing Science 2556;31(3):18-26.
6. National Cancer Institute. Palliative Care in Cancer [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>
7. ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง. วัตถุประสงค์ของชมรม [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://palliativenursesociety.wordpress.com/>
8. โรงพยาบาลชลบุรี. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 19 ม.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: www.cbh.moph.go.th

9. ยุวณูช ทินนะลักษณั. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วันที่ 20-21 ธันวาคม 2557; ห้องประชุมสกายบอลรูมชั้น 9 โรงแรมแม็กซ์. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง; 2557.
10. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJ, Cohen J, Pasman HR, Deliens L, et al. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2013;46(4):556-72.
11. Pasman HR, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(1):145-156.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013.
13. Mantas J. *Textbook in health informatics: a nursing perspective*. Amsterdam: IOS Press; 2002.
14. กฤษฎา แสงวดี. *ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2547.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcomes scale: POS)*. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
16. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันออก; 2559.
17. Dunlop R. *Cancer: palliative care*. London: Springer; 1998.
18. National Consensus Project for Quality Palliative care. *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. 3rd ed. Pittsburgh, PA: National Consensus Project for Quality Palliative care; 2013.
19. ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม. การวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย: การใช้มติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก. *วารสารวิชาการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์* 2555;7(18):1-13.
20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). *ก่อนจะถึงวันสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
21. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
22. กิตติกร นิลมานัด, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วันธนีย์ วิรุฬห์พานิช, สุริพร กฤษเจริญ. รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
23. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพระบบประสาท*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ อินเทอร์เน็ต; 2551.

24. Seow H, Snyder CF, Mularski RA, Shugarman LR, Kutner JS, Lorenz KA, et al. A framework for assessing quality indicators for cancer care at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(6):903-12.
25. Mello BS, Massutti TM, Longaray VK, Trevisan DF, Lucena Ade F. Applicability of the nursing outcomes classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. *Appl Nurs Res* 2016;29:12-8.
26. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2559]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/index_ original.php](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/index_original.php)
27. กิริยา ธรรมคัมภีร์, บรรณาธิการ. ตำรามะเร็งปอด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
28. กิติพล นาควิโรจน์. Dyspnea in palliative care [อินเทอร์เน็ต]. 2015 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative14th>
29. พิมพ์พนิต ภาคศรี. ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
30. จุรีย์ เพชรน้ำไหล, กิตติกร นิลมานันตร, จารุวรรณ มานะสุรการ. ประสบการณ์อาการ การจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ. บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4; วันที่ 10 พฤษภาคม 2556; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2556. หน้า 161-9.
31. สุรเกียรติ อชานานุภาพ. ปอดบวม ปอดอักเสบ (Pneumonia). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2547.
32. Raijmakers N, Galushko M, Domeisen F, Beccaro M, Lundh Hagelin C, Lindqvist O, et al. Quality indicators for care of cancer patients in their last days of life: literature update and experts' evaluation. *J Palliat Med* 2012;15(3):308-16.
33. ภาณิต หลีเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าวิชาชีพ. *วารสาร มฉก.วิชาการ* 2557;17(34):127-36.
34. สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานันต์, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4; วันที่ 10 พฤษภาคม 2556; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2556. หน้า 195-204.
35. Miyashita M, Nakamura A, Morita T, Bito S. Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Care* 2008;25(1):33-8.

36. Claessen SJ, Francke AL, Belarbi HE, Pasman HR, van der Putten MJ, Deliens L. A new set of quality indicators for palliative care: process and results of the development trajectory. *J Pain Symptom Manage* 2011;42(2):169-82.
37. จอนพะจง เพ็ญจาด. บทบาทการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่ง 2557;30(1):100-9.
38. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2557;20(1):10-9.
39. พิกุล พรพิบูลย์. แนวโน้มการพยาบาล เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เอกสารการบรรยายในการประชุมวิชาการ Suandok Palliative Care Day ครั้งที่ 6; วันที่ 14 พฤษภาคม 2558; ณ ห้องประชุมเชียงใหม่ โรงแรมดวงตะวัน จ.เชียงใหม่; 2558.
40. แสงว บุญเฉลิมวิภาส. หลักการมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก: www.cbo.moph.go.th/.../bamnan/หลักการมาตรา%2012%20ของ%20พรบสุขภาพ60.pdf
41. สถาพร ลีลานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
42. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2558;23(3):41-53.