

# ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อ ความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย\*

กิตติกร นิลมานันต์\*\*, Ph.D. (Nursing)

กัลยา แซ่ชิต\*\*\*, M.N.S. (Adult Nursing)

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

การออกแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลัง

การดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งในจังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ได้แก่ 1) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรค และแพทย์ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง 2) รับทราบจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายและให้การรักษาแบบการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์จำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นระยะเวลา 5 วัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทยและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับภาษาไทยของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอยบาคเท่ากับ .76 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของความทุกข์ทรมานจากอาการ และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการวิเคราะห์สถิติทีคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ำกว่า ( $t = 5.89, p < .001$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่า ( $t = 3.72, p < .001$ ) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้หน่วยงานที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและส่งเสริมคุณภาพการดูแลด้านการดูแลแบบประคับประคอง

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(3) 51-66

คำสำคัญ: ความทุกข์ทรมานจากอาการ คุณภาพการดูแล ผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยระยะท้ายพยาบาล

\*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: kittikorn.n@psu.ac.th

\*\*\*ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง, โรงพยาบาลสงขลา

## Effects of a Case-Based Management Nursing Programme for Terminally Ill Patients on Their Perception of Symptom-Induced Suffering and Terminal Care Quality

Kittikorn Nilmanat\*\*, Ph.D. (Nursing)

Kallaya Sae-chit\*\*\*, M.N.S. (Adult Nursing)

### Abstract

**Objective:** To compare terminally ill patients' perception of symptom-induced suffering and terminal care quality before and after participating in a case-based management nursing programme for terminal patients.

**Design:** One-group experimental research with a pre-test and a post-test.

**Procedure:** This study was conducted between August and November 2017 in a tertiary hospital in Songkhla province. Through purposive sampling, 30 patients were recruited based on the following qualifications: 1) being adult patients diagnosed with terminal illnesses and referred by their physicians to the palliative care centre; 2) being informed by their physicians of their terminal illnesses and advised to receive palliative care; and 3) being of completely sound mind. The patients participated in the 5-day case-based management nursing programme for terminally ill patients. This programme was implemented in 5 stages: 1) identifying and selecting patients; 2) assessing and examining their problems; 3) planning necessary case-based care methods based on the problems identified; 4) implementing the programme according to plan; and 5) evaluating the outcomes of the programme.

Data were collected through 1) the patient's general records; 2) the Thai version of the Edmonton Symptom Assessment System; and 3) the Thai version of the Palliative Care Outcome Assessment Scale developed by the Nursing Division, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital. The Edmonton Symptom Assessment System and the Palliative Care Outcome Assessment Scale were subjected to a validity test using Cronbach's alpha coefficients, and scored .76 and .73 (n = 20), respectively. The general data were analysed using descriptive statistics, whilst the comparison between the perception of symptom-induced suffering and that of the palliative care outcomes was measured using paired t-tests.

**Results:** After participating in the programme, the patients displayed a significantly lower average score on symptom-induced suffering (t = 5.89, p < .001) and a significantly higher average score on the perception of palliative care quality (t = 3.72, p < .001).

**Recommendations:** It is suggested that this case-based programme be used in palliative care centres as a means of alleviating symptom-induced suffering in terminally ill patients and improving palliative care quality.

*Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(3) 51-66*

**Keywords :** symptom-induced suffering; care quality; case-based management; terminally ill patients; nurses

\*This project have received funding support from Faculty of Nursing, Prince of Songkla university.

\*\*Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Email: kittikorn.n@psu.ac.th

\*\*\*Advanced Practice Nurse, Songkhla hospital

## ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล<sup>1</sup> โดยเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับการป้องกัน ควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด และอาการต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและ เสียชีวิตอย่างสงบ รวมทั้งช่วยให้ญาติสามารถปรับตัว กับการสูญเสียหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>2</sup>

ผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมาน ทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา โดยเฉพาะ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับ การรักษาแบบประคับประคอง เท่ากับ 4.25 อาการ โดยอาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปวด เบื่อ อาหาร เหนื่อยและจุกแน่นท้อง และท้องผูก<sup>3</sup> และการศึกษาของเกตุงและคณะพบว่า อาการที่มีความชุก และทุกข์ทรมานมากที่สุดคือความปวด และอาการที่ ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความรุนแรงมากที่สุดคือมองดูตัวเอง ไม่เหมือนเดิม<sup>4</sup> นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกกังวลถึง การเป็นภาระของครอบครัว การแยกออกจากสังคม ไร้ค่า และมีความปรารถนาที่จะตายเพื่อจะได้สิ้นสุดความ ทุกข์ทรมาน<sup>5</sup> จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มี ปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ดังนั้นการช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงมีความจำเป็นและสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิต อยู่อย่างมีคุณภาพและจากไปอย่างสงบ

การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม<sup>6</sup> โดยให้ ความสำคัญกับการค้นหาความต้องการการดูแลที่ หลากมิติของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีหน้าที่หลักใน การประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม วางแผนการดูแล การอำนวยความสะดวกและการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้ บริการ<sup>7</sup> ผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่คือพยาบาลที่ผ่าน การอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีบทบาทในการให้ข้อมูล การสนับสนุนผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย<sup>8</sup> พิกุล นันทชัยพันธ์<sup>9</sup> กล่าวว่า การจัดการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกระบวนการ ร่วมมือกันของทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อการติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีโดย มีการประเมินปัญหาและสถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย การดูแลการวางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน การส่งต่อ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และญาติได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูลความรู้ ได้รับการพัฒนาทักษะความสามารถ ในการดูแลตนเอง และการตัดสินใจ จนเกิดผลลัพธ์ ที่ดีในการดูแล<sup>9</sup> ซึ่งผู้จัดการกรณีจะเป็นผู้ที่ติดต่อกับ ผู้ป่วยโดยตรง ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการประสานให้ เกิดการทำงานร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อ ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย<sup>9-11</sup>

การจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลแบบประคับ ประคองจะช่วยให้เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลที่ ต่อเนื่อง<sup>11-14</sup> รวมทั้งช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาของเอเคนและคณะ<sup>15</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีจะทราบถึงแหล่ง ประโยชน์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและมีความสามารถ ในการทำหน้าที่และรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของออซซิลิก และคณะ<sup>16</sup> เรื่องผลของ โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้กรอบ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าความรุนแรง

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและ การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

ของอาการในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มทดลอง และผู้ป่วย และครอบครัวในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการดูแล สูงกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นช่วย ในการควบคุมอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ เงิน ฉาง ทซิว และไผ่<sup>17</sup> ทำการวิจัยถึงทดลองใน ศูนย์การแพทย์แห่งชาติของไต้หวันเหนือ เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการจัดการรายการณ์ ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การจัดการรายการณ์โดยพยาบาล สามารถลดการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่ม ความต่อเนื่องในการรักษา

สำหรับประเทศไทย มีการนำแนวคิดการจัดการ รายการณ์มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลในผู้ป่วย เรื้อรังหลายโรค เช่น มะเร็ง<sup>18</sup> โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย รายการณ์ มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพยาบาลที่ให้การดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายการณ์มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพสูงกว่าพยาบาล ที่ให้การดูแลตามปกติ และการศึกษาประสิทธิผลการ ใช้การจัดการรายการณ์ในปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>19</sup> ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการรายการณ์ มีระยะวันนอน เจ็บสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบการ จัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับการ ศึกษาเกี่ยวกับผลการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วย ระยะท้าย ได้แก่ การให้การปรึกษาร่วมกับการดูแล แบบประคับประคองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย<sup>20</sup> การดูแลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง ซึ่งเน้น การจัดการอาการต่อการรับรู้ความรุนแรงของอาการ<sup>21</sup> และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้กระบวนการ

พยาบาลเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต่อคุณภาพชีวิต<sup>22</sup> ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการ พยาบาลดังกล่าวช่วยลดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และความรุนแรงของอาการ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย

โรงพยาบาลสงขลา เป็นโรงพยาบาลประจำ จังหวัดให้การดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ เข้ามารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแล แบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะ ความเจ็บป่วยที่คุกคามได้อย่างมีคุณภาพชีวิตในปี พ.ศ. 2556 ทางโรงพยาบาลได้จัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Songkhla Hospital Palliative Care Center: SPCC) และให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม เฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคองปฏิบัติงาน เต็มเวลาเป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณ์เพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในด้านต่าง ๆ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจาก แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของ การเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการ และต้องการการดูแลที่ ชับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่งขอคำปรึกษามายังศูนย์การ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งการดำเนินงานที่ ผ่านมา ยังไม่มีการติดตามผลลัพธ์ของการบริการอย่าง ชัดเจน ทางหน่วยงานจึงมีความสนใจศึกษาประเมิน ผลของการจัดการรายการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วย ที่มารับบริการและพักรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล สงขลา เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลของ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

## คำถามการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงและรับรู้คุณภาพการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

## กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวการจัดการรายกรณีกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิกุล นันทชัยพันธ์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกระบวนการจัดการรายกรณีกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

ดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา ประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดครอบคลุมทุกด้าน และกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลลัพธ์ คือ การรับรู้คุณภาพการดูแล ความทุกข์ทรมานจากอาการ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางเป็นกรอบในการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยจัดการอาการปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ยุ่งยากและซับซ้อน การประสานงานเพื่อจัดการความขัดแย้งเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลและแผนการรักษารวมทั้งประเด็นทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในระหว่างทีมการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>23</sup>

โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินและวินิจฉัยปัญหา</li> <li>- วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ</li> <li>- ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย</li> <li>- การจัดการอาการปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ยุ่งยากและซับซ้อน</li> <li>- การประสานงานเพื่อจัดการความขัดแย้งเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลและแผนการรักษา รวมทั้ง ประเด็นทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น</li> </ul>

ผลลัพธ์
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วย</li> <li>- การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วย</li> </ul>

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการ รายกรณี ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ ทรมานจากอาการทางกายต่ำกว่าและรับรู้คุณภาพ การดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (one group pre-post test design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและรักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล

**กลุ่มตัวอย่าง** การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรค และ แพทย์ส่งปรึกษาศุนย์การดูแลแบบประคับประคอง 2) รับทราบจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายและให้การ รักษาแบบการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) มี สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินสติสัมปชัญญะ โดย สอบถามชื่อบุคคล เวลาและสถานที่ หากผู้ป่วยสามารถ ตอบถูกต้องจะคัดเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยระยะท้ายออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤติและใส่ เครื่องช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างรุนแรง เช่น หายใจเหนื่อยหอบมาก เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิต และเบ็ค<sup>24</sup> จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือการศึกษาของออสซี่ลีค และคณะ<sup>16</sup> ผลของรูปแบบ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย คำนวณขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.87 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ ของโพลิต และเบ็ค โดยกำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $\alpha = 0.05$ ) ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กอาจไม่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ โพลิตและเบ็ค<sup>24</sup> เสนอแนะจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย กึ่งทดลองคือ 20 – 30 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อป้องกันการหล่น หายของกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพสิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลา ที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้าย การรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale for Suandok)<sup>25</sup> แปลโดย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งจะใช้ในการ

ประเมินผู้ป่วยใน 5 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกรู้ตัว และคะแนนระดับความสามารถมีตั้งแต่ 0 ถึง 100 แผลผลแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับ 70% – 100% ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีอาการคงที่ ระดับ 40% – 60% ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และ ระดับ 03 – 00% ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr)<sup>26</sup> เพื่อประเมินระดับความรุนแรง 9 อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มีระดับคะแนน 0 (ไม่มีอาการนั้นเลย) และ 10 (รู้สึกว่าการนั้นมี ความรุนแรงที่สุด) โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ค่าคะแนนที่สูง แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง ซึ่งแบบประเมิน ESASr เป็นฉบับแก้ไขจาก ESAS ฉบับดั้งเดิมในส่วนของการเรียงข้อความของอาการ ซึ่งมีฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลรามาริบัติ

1.4 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) เป็นแบบประเมินที่ได้รับใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล<sup>27</sup> ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลฉบับภาษาไทย<sup>28</sup> จัดพิมพ์เผยแพร่เพื่อนำไปใช้ในบริบทการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายเปิด 10 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการรบกวน ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การได้รับข้อมูล ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับเป็นคะแนน 0 – 4 คะแนน แต่ละข้อมีภาระระบุเกณฑ์

การให้คะแนนที่ชัดเจนและแตกต่างกันตามประเด็น ข้อคำถาม และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมาและข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 40 คะแนนรวมที่สูง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ค่าคะแนนที่ต่ำหมายถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เป็นแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิภูล<sup>9</sup> การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปแนวทางการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี

2.2 คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง ฉบับพกพา จัดทำโดยคณะทำงานโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย<sup>29</sup> เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและ การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 2 ท่าน และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ และได้ ตรวจสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในการนำไปใช้ โดยการนำแนวปฏิบัติและคู่มือ ที่ได้รับการแก้ไข แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งขอคำปรึกษา มายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ และนำมาปรับปรุง ให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลา นอกจากนี้ ได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดย คำนวณหาค่า ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ เครื่องมือเท่ากับ .76 และ .73 และที่ 30 ราย = .62 และ .71 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง โครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2017 – NL 005 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของ กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้ง ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่ผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด อีกทั้ง ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม วิจัยจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิก ได้ทันทีโดยไม่ผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทาง การพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มี การเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นต์ ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง**

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาและหัวหน้าฝ่าย การพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางใน การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลกับผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแล ในการศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยลำดับที่สองซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง และผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับพยาบาลจำนวน 10 สัปดาห์ และการอบรมจัดระเบียบ ผู้อบรมด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง จำนวน 4 วันเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ตามแนวทางการพยาบาลจัดการรายการกรณีสำหรับ ผู้ป่วยระยะท้ายที่เตรียมไว้ด้วยตนเอง และให้ผู้ช่วยวิจัย ประเมินผลเพื่อป้องกันความลำเอียงในการดำเนินการ วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง กระบวนการวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล



รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ใช้ทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบความถูกต้องในการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการทดลอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดกระทำกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการทดลอง ณ หอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่าง

พักรักษาตัวอยู่ และห้องประชุมปรึกษา โดยวันแรกของการทดลองผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังตารางที่ 1 และผู้ช่วยวิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้การทดลองในวันที่ 5 เป็นการสิ้นสุดการทดลอง

วันที่	กระบวนการจัดการรายกรณี	กิจกรรม
1	รับแจ้งจากหอผู้ป่วยเมื่อมีผู้ป่วยตามเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย ประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและวินิจฉัยปัญหา วางแผนการดูแลที่จำเป็น และดำเนินการตามแผน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำตัวกับผู้ป่วยและดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม</li> <li>- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- ประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม ตรวจร่างกายความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>- วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล</li> <li>- ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องถึงแผนการดูแล</li> <li>- ประสานงานควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ</li> </ul>
2 - 4	ดำเนินการตามแผน ติดตามเยี่ยม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผลการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยใน 24 ชม. ผ่านมา</li> <li>- ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องถึงแผนการดูแลและแนวทางการควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ</li> <li>- ให้ข้อมูลผลการตรวจ แผนการรักษา และให้ซักถามข้อสงสัย</li> <li>- ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาที่พบ</li> <li>- วางแผนการดูแลล่วงหน้าและจัดประชุมครอบครัว</li> <li>- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย</li> </ul>
5	ประเมินผลลัพธ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม</li> </ul>

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาในการ

ดูแลผู้ป่วย ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ค่าคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ และ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและ การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนทำการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality) และความแปรปรวนของข้อมูล

**ผลการวิจัย**

*ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้าย*

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 43.3 และเพศชาย ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 61-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ย 57.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 90.3 นับถือศาสนาพุทธ สถิติบัตร

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาการที่ปัญหาสำคัญในช่วง 3 วันก่อนการทดลองตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
ปวด	18	60.0
เหนื่อย	5	16.7
เพ้อ	2	6.7
อื่นๆ เช่น คับ เบื่ออาหาร แน่นท้อง กังวล	5	16.7

**การทดสอบสมมติฐาน**

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี

ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นบัตรทองจากโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.0 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 23.2

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง โดยมีระยะเวลาที่ทราบการการวินิจฉัยระยะท้ายประมาณ 3 เดือน มากที่สุดร้อยละ 23.3 รองลงมาคือ 2 เดือน ร้อยละ 16.7 การรักษาที่ได้รับพบว่าส่วนใหญ่เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการมากที่สุด ร้อยละ 66.7 โดยพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (PPS) 60 คะแนนมากที่สุดร้อยละ 43.3 รองลงมาคือมีระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (PPS) 50 คะแนน ร้อยละ 20.0 ค่าเฉลี่ย 59.7 (SD = 10.09)

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ความปวดเป็นปัญหาที่สำคัญในช่วง 3 วันก่อนการทดลองมากที่สุด ร้อยละ 60 โดยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 5.7 (SD = 2.75) รองลงมาคืออาการเหนื่อยและอาการอื่น ๆ ร้อยละ 16.7 เท่ากัน ดังตารางที่ 1

ต่ำกว่า (t = 5.89, p < .001) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลสูงขึ้นกว่า (t = 3.72, p < .001) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลโดยรวมก่อนและหลังการทดลองโดยสถิติทีคู่ (N=30)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม	41.03	13.66	28.83	11.96	5.89	.001
การรับรู้คุณภาพการดูแล	18.30	6.48	15.13	6.74	3.72	.001

### อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งหมด และมีคะแนน PPS ส่วนใหญ่อยู่ที่ 50 – 60 จัดว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนกลุ่มเปลี่ยนผ่าน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีการลุกลามของโรค ไม่สามารถทำงานได้ ใช้เวลาอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล หรือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลเกือบทั้งหมด ซึ่งการประเมิน PPS ช่วยให้คุณบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในเบื้องต้น สำหรับใช้ในการวางแผนการดูแล ติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรค การวางแผนจำหน่าย และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>25</sup>

ผลการทดลองครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการพยาบาลจัดการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการกรณี เป็นการจัดการการดูแล และมีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้ป่วย โดยมีหน้าที่หลักคือการประเมิน วางแผน อำนวยความสะดวก และพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ ผ่านการประสานงานและอาศัยความร่วมมือในการทำงานของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล โดยเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วย<sup>7</sup> ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้

ภายหลังจากสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีนำผลการจากแบบประเมินอาการ และแบบประเมินผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งความต้องการข้อมูล และด้านการเงิน ทำให้พยาบาลผู้จัดการสามารถทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการกรณีได้มีการตรวจร่างกาย และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการดูแลที่ครอบคลุม จากนั้นได้ปฏิบัติการดูแลโดยการประสานงานกับทีมสุขภาพ ทั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปวด น้อย และเปลือยเป็นอาการทางกายที่รบกวนผู้ป่วย ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยระยะท้ายสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>3</sup> ทั้งนี้เป้าหมายของการดูแลระยะท้ายคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นการบรรเทาและควบคุมอาการที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้วางแผนและประสานการดูแลกับทีมการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ เพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ได้สอนให้ผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยาตามคู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา<sup>29</sup> และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม รวมทั้งบันทึก

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและ การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ แผนการดูแล และการ พยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสื่อสารกับทีมการ ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 3) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่ดี ผู้ป่วยจึงมี ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง และรับรู้ถึงคุณภาพ การดูแลอยู่ในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ตารางที่ 3 ปัญหา สาเหตุและการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

ปัญหา	สาเหตุ	การพยาบาล
อาการปวด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความปวดหลายรูปแบบ</li> <li>- รับประทานยาไม่เพียงพอ</li> <li>- รับประทานยาไม่ได้</li> <li>- ไม่ได้รับยาก่อนทำ</li> <li>- กิจกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภาวะจิตใจที่อาจมีความสัมพันธ์กับความปวด</li> <li>- ทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวด เช่น GFR, LFT</li> <li>- ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ Palliative Care เพื่อปรับยาแก้ปวดที่เหมาะสมตามความรุนแรง และชนิดของความปวด</li> <li>- ประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการจัดการ ความปวด</li> <li>- ให้ความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวด การ บำบัดโดยไม่ใช้ยา</li> </ul>
หายใจลำบาก/ เหนื่อย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pleural effusion</li> <li>- ascites</li> <li>- จากพยาธิสภาพของตัวโรค</li> <li>- ความกังวล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความรุนแรงของอาการ และ สิ่งกระตุ้น เช่น อาการไอ</li> <li>- ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการรักษาที่ เหมาะสมตามสาเหตุ เช่น</li> <li>- การให้ออกซิเจน</li> <li>- การให้ยาคลายงังวลกรณีมีอาการทางจิตใจที่อาจสัมพันธ์ กับอาการทางกาย</li> <li>- การทำหัตถการเจาะระบายน้ำออกจากช่องท้อง (abdominal tapping) เจาะระบายน้ำออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural tapping)</li> <li>- การให้ยา opioid เพื่อลดการรับรู้อาการหายใจเหนื่อยหอบ</li> <li>- ประสานงานกับพยาบาล และสอนญาติถึงวิธีการจัดการอาการ หายใจลำบาก เช่น ปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้คำถาม ปลายปิด ใช้คำพูดสั้น ๆ</li> <li>- เปิดพัดลมให้มีลมพัดเบา ๆ ผ่านบริเวณหน้า</li> <li>- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม และให้ใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ</li> <li>- ฝึกการหายใจโดยการห่อปาก การใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หรือกะบังลม</li> </ul>

ปัญหา	สาเหตุ	การพยาบาล
เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะท้องมาน</li> <li>- อาการเหนื่อย</li> <li>- อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งระยะท้าย</li> <li>- ปวดแน่นท้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล</li> <li>- ดูแลด้านจิตใจ เช่น อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ</li> <li>- แนะนำให้ญาติหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน จัดบรรยากาศให้เอื้อต่อการรับประทานอาหาร</li> <li>- ปรึกษานักโภชนาการในการจัดอาหาร และประสานงานกับพยาบาลในการจัดการอาการเบื่ออาหาร</li> <li>- ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ Palliative Care จัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร</li> <li>- ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ Palliative Care เพื่อพิจารณาการให้ enteral &amp; parenteral nutrition/Appetite stimulants</li> </ul>
กังวล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนการตาย</li> <li>- การที่ต้องมานอนโรงพยาบาลนาน</li> <li>- เป็นภาระให้กับครอบครัว</li> <li>- ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัว</li> <li>- ให้คำแนะนำ/อธิบายแนวทางการรักษา การดำเนินของโรค การจัดการอาการที่จะเกิดขึ้น และการติดตามดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยทีมการดูแลแบบประคับประคอง</li> <li>- ช่วยเหลือควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น</li> <li>- ประเมินการยอมรับความตาย อภิปรายการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อม</li> <li>- สอบถามความต้องการ แหล่งสนับสนุน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการสูญเสียและความตาย</li> <li>- ประสานงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจเช่น การสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหาร ค่าพาหนะ เครื่อง Suction สาย Suction</li> <li>- ให้กำลังใจและคำปรึกษา</li> </ul>

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้ายประมาณ 3 เดือน มากที่สุด รองลงมาคือ 2 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกังวลในหลายประเด็นที่แตกต่างกัน ซึ่งโปรแกรมการจัดการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น ให้ความสำคัญกับ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพยาบาลผู้จัดการดูแลประเมินการยอมรับความตายของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความวิตกกังวล และความปรารถนาในระยะท้าย รับฟังอย่างตั้งใจ จากนั้นจัดให้มีการประชุมครอบครัวระหว่างทีมการดูแล

ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสื่อสารความปรารถนาของ ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ ซึ่ง การจัดการประชุมครอบครัวเพื่อการวางแผนการดูแล ล่วงหน้าจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีประสบการณ์และ มีทักษะในการสื่อสารในการประสานงาน การดูแลด้าน จิตใจอารมณ์และสังคม รวมทั้งและการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้<sup>9</sup> ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนการดูแล ล่วงหน้ามีผลต่อคุณภาพการดูแลและระยะท้ายของชีวิต<sup>30</sup>

ผลการศึกษาคั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรม การจัดการรายกรณีมีผลต่อคุณภาพการดูแล โดย บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประกอบด้วย การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การสอนและให้คำแนะนำ การประสานงาน การส่งต่อข้อมูล เพื่อให้สามารถ ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่าง ครอบคลุม<sup>9</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความ ทุกข์ทรมานอาการและเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล ในผู้ป่วยใกล้ตาย<sup>15,16,31</sup> และการศึกษาของเพทยสำรวย และสุชาติ รัชชกุล ที่พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมช่วยเพิ่ม ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย<sup>18</sup>

### สรุปและเสนอแนะ

ผู้ป่วยระยะท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ ผลการวิจัยคั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความ ทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มการรับรู้ถึงคุณภาพ การดูแลด้านการดูแลแบบประคับประคอง ควรมีการนำ รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้ หน่วยงานที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้ง มีการวิจัยแบบทดลองเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการ

รายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายกับการพยาบาลแบบ ปกติ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและครอบครัวผู้ร่วม โครงการวิจัยทุกท่านที่ให้โอกาสในการดูแล และ ขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์สำหรับทุนสนับสนุนการวิจัย

### References

1. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(5):494-9.
2. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care.* 2009;16(6):278-89.
3. Chotetanaprasit N. Common symptoms in cancer patients referred to palliative care department. *Bulletin of the Department of Medical Services.* 2014;39(1): 1-6. (in Thai)
4. Get-Kong S, Hanucharunkul S, McCorkle R, Viwatwongkasem C, Junda T, Ittichaikulthol W. Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2010;14(3):219-34.
5. Nilmanat K, Chailungka P, Phungrassami T, Promnoi C, Tulathamkit K, Noo-urai P, et al. Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(5): 393-9.
6. van der Plas AGM, Onwuteaka-Philipsen BD, van de Watering M, Jansen WJJ, Vissers KC, Deliens L. What is case management in palliative care? An expert panel study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1): 163.

7. Finkelman AW. Case management for nurses. Boston: Pearson; 2011.
8. vanderPlas AGM, Deliens L, Watering Mvd, Jansen WJJ, Vissers KC, Onwuteaka-Philipsen BD. Palliative care case management in primary care settings: a nationwide survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(11): 1504–12.
9. Nantachaipan P. Case management in the care for patients at the end of life. *Nurs Journal.* 2015;42(1): 153–8. (in Thai)
10. Silveira MJ, Forman J. End-of-life care from the perspective of primary care providers. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1287–93.
11. Spettell CM, Rawlins WS, Krakauer R, Fernandes J, Breton MES, Gowdy W, et al. A Comprehensive Case Management Program To Improve Palliative Care. *J Palliat Med.* 2009;12(9):827–32.
12. Dumont I, Dumont S, Turgeon J. Continuity of care for advanced cancer patients. *J Palliat Care.* 2005; 21(1):49–55.
13. 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).
14. Meier DE, Thar W, Jordan A, Goldhirsch SL, Siu A, Morrison RS. Integrating case management and palliative care. *J Palliat Med.* 2004;7(1):119–34.
15. Aiken LS, Butner J, Lockhart CA, Volk-Crafy BE, Hamilton G, Williams FG. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare Intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. *J Palliat Med.* 2006; 9(1):111–25.
16. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients With cancer. *Am J Hosp Palliat Med.* 2014;31(6): 655–64.
17. Chen Y-C, Chang Y-J, Tsou Y-C, Chen M-C, Pai Y-C. Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: a quasiexperimental study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:202.
18. Sumruayphol P, Ratchukul S. Effects of case management in patients with breast cancer on patient’s satisfaction in services and perceived professional value of staff nurses. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015;27(1):95–109. (in Thai)
19. Boonlop A. Outcomes of case management on self-care knowledge and length of stay of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients in Medicine Department, Si Sa Ket hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2015;26(2):68–79. (in Thai)
20. Boontommo K, Boonyawng S, Akwarangkoon S. The effect of the counseling with palliative care conditions of loss and grief in terminal lung-cancer patients. *Songklanagarind J Nurs.* 2013;33(1):17–28. (in Thai)
21. Molek R, Binhosen V, Pakdevong N. Symptom intensity in persons with advanced cancer receiving palliative nursing care protocol and caregivers’ satisfaction. *Journal of Nursing and Health Care.* 2015;33(2): 102–9. (in Thai)
22. Deeying S, Wiserith W. Effect of primary nursing on quality of life of end of life patients. *JNSCU.* 2013; 25(2):26. (in Thai)
23. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care — creating a more sustainable model. *N Engl J Med.* 2013;368(13):1173–5.
24. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและ  
การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

25. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, 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.
26. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multi-centre comparison of two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2011;41(2):456-68.
27. Collins ES, Witt J, Bausewein C, Daveson BA, Higginson IJ, Murtagh FEM. A systematic review of the use of the Palliative Care Outcome Scale and the support team assessment schedule in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2015;50(6):842-53.e19.
28. Sapinan L. Manual for Palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher; 2013. (in Thai)
29. Pornpiboon P, Sangchart B, Thanasilp S, Akkadechanunt T, Phengjard J, Wisersith W, et al. Palliative nursing care pocket manual. Chiang Mai: Good Work Media; 2016. (in Thai)
30. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med. 2014; 28(8):1000-25.
31. Head BA, LaJoie S, Augustine-Smith L, Cantrell M, Hofmann D, Keeney C, et al. Palliative care case management increasing access to community-based palliative care for medicaid recipients. Prof Case Manage. 2010;15(4):206-17.