

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้  
คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก

**Effects of Nurse Case Management Program on Perceived Quality of  
Palliative Care and Satisfaction of their Caregivers**

กัลยา แซ่ชิต<sup>1</sup>, กิตติกร นิลมานัต<sup>2</sup>

Kallaya Sae-chit<sup>1</sup>, Kittikorn Nilmanat<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพการดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติผู้ดูแลหลักดังนี้ 1) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรง 2) รับทราบจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและให้การดูแลแบบประคับประคอง และ 3) สามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูลจำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นระยะเวลา 5 วัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แบบประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแล โดยใช้แบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจในบริการพยาบาล วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้วยสถิติบรรยาย เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการวิเคราะห์สถิติที่คู่

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.43, p < 0.001$ ) และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักต่อโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.03, S.D. = .67$ ) ดังนั้นหน่วยงานที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองควรมีการนำโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแล

**คำสำคัญ:** การจัดการรายกรณี พยาบาล การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลหลัก คุณภาพการดูแล

<sup>1</sup> โรงพยาบาลสงขลา

<sup>1</sup> Songkla Hospital

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



## Abstract

This one-group experimental research, with a pre-test and a post-test aims to compare the perceived quality of care and satisfaction of family caregivers who participated in end-of-life case management programme. Purposive sampling was used to select 30 caregiver who 1) were primary caregivers; 2) were aware of the terminal stage and of their patients who received palliative care approach; and 3) were fully conscious. Samples received end-of-life case management programme consisted of 5 steps including 1) identifying and selecting the case; 2) conducting comprehensive assessment and determining health problems; 3) planning for care as health demands; 4) implementing care management; and 5) evaluating outcome. The Palliative Care Outcome Scale and caregiver satisfaction were used to measure quality of care and caregiver satisfaction questionnaire yielded internal consistency reliability value of 0.82 and 0.90 respectively. The data were analysed using descriptive statistics and pair t-test.

The results of this study revealed that after participating in the end-of-life case management programme, samples reported significant an improvement of perceived quality of care ( $t = 5.43, p < .001$ ) and the satisfaction was at high level. It is suggested that palliative care center or unit should apply this case management nursing programme for end-of-life patients and caregivers, in order to and improve the quality of care.

**Keywords:** Case management, Nurse, Palliative care, Primary caregiver, Quality of care

## บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการบริการที่ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และดูแลครอบครัวเพื่อส่งเสริมการปรับตัวหลังการสูญเสีย การดูแลระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองและเป็นการดูแลตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคองและให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (Nilmanat, 2012) ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหน่วยที่ต้องดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มักอยู่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มรับรู้ถึงความเจ็บป่วย จึงรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย (Piyawattanapong & Srithunrart, 2009; Somanusorn, Hatthakit, & Nilmanat, 2011; Waeteh, Nilmanat, & Songwathana, 2009)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่งผลให้เกิดความเครียดและความทุกข์ใจกับผู้ดูแลหลักและครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ Sahmaae, Nilmanat, & Kongsuwan (2013) ที่พบว่าผู้ดูแลหลักเล็งถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในลักษณะของการอยู่ท่ามกลางความทุกข์ใจ ความกลัว และเหนื่อยเมื่อยแรงกายแรงใจอย่างเต็มที่ด้วยความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า และมีความเชื่อทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จากการทบทวนงานวิจัยแบบผสมผสานเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวถึงการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Robinson, Gott, & Ingleton, 2014) พบว่า ครอบครัวมีความยากลำบากในเรื่องการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลระยะท้าย เนื่องจากขาดข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และรู้สึกไม่แน่นอนถึงการพยากรณ์ของโรค รวมทั้งการได้รับคำอธิบายที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับสิ่งที่บุคลากรสุขภาพกำลังทำให้กับผู้ป่วย ตลอดจนเห็นว่าตัวเองไม่ได้รับการดูแลและให้คุณค่า นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า ผู้ดูแลหลักมีความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยมากกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลหลักเอง โดยผู้ดูแลหลักต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล

ขณะเดียวกันต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิค/วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากทีมสุขภาพ (Pasri, Isaramalai, & Hattakit, 2015)

ปัจจุบันได้มีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย เช่น โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยที่เน้นการสนทนาเพื่อบำบัด โดยให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องราว ความเชื่อที่เกิดขึ้น และรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกมีคุณค่า ให้ครอบครัวตั้งคำถามที่ต้องการคำตอบ และช่วยหาหนทางช่วยเหลือ และการเสริมแรงทางบวกซึ่งพบว่าโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย (Fongkerd & Poogritsana, 2013) นอกจากนี้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง เน้นการจัดการอาการที่พบอยู่ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายลูกกลมได้แก่ ความปวด เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร และเหนื่อยหอบ โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและประสานกับแพทย์ ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย (Molek, Binhosen, & Pakdevong, 2015) และโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล และการติดตามให้คำปรึกษา แก่ญาติผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายกลับบ้าน ช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ (Morrakot, Nilmanat, & Matchim, 2015) แม้ว่าโปรแกรมการพยาบาลข้างต้นสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพื่อ บรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลหลัก แต่โปรแกรมเหล่านี้อาจยังไม่ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ดูแลหลักอย่างครอบคลุม ซึ่งผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับความต้องการให้บุคลากรช่วยเหลือผู้ป่วยมากกว่าความต้องการการดูแลสำหรับ ผู้ดูแลหลักเอง (Pasri et al., 2015) และมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลักรับรู้การดูแลจากพยาบาลต่ำกว่าการรับรู้ของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตสังคมและ จิตวิญญาณ (Sastranuruk & Pattrapakdikul, 2013)

การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการ จัดการรายกรณีสำหรับการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดำเนินงานของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทหน้าที่หลักคือการแบ่งปันข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลหลัก การระบุความต้องการของผู้ใช้บริการ และการปรับการดูแลให้ สอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ใช้บริการ และมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (van der Plas, Onwuteaka-Philipsen, van de Watering, Jansen, Vissers, & Deliens, 2012) ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะประสานความร่วมมือเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ด้านคุณภาพการดูแล (Sindhu & Wongrot, 2014) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดการ รายกรณีทำให้ได้ผลลัพธ์ในการ ดูแลดีขึ้นทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความสามารถในการทำหน้าที่และรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และมีการทราบถึง แหล่งประโยชน์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Aiken, Butner, Lockhart, Volk-Crafy, Hamilton, & Williams, 2006) นอกจากนี้ รูปแบบบริการแบบการจัดการรายกรณีสามารถช่วยควบคุมอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและ ครอบครัว (Ozcelik, Fadiloglu, Karabulut, & Uyar, 2014) การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลลดการเข้ารักษาตัว ในโรงพยาบาลซ้ำ โดยไม่วางแผน เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา (Chen, Chang, Tsou, Chen, & Pai, 2013) ลดระยะวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล (Boonlop, 2015; Spettell, Rawlins, Krakauer, Fernandes, Breton, Gowdy et al., 2009) มีการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น และลดการเข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (Plas, Vissers, Francke, Donker, Jansen, Deliens et al., 2015) นอกจากนี้ พบว่า พยาบาลที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพสูงกว่าพยาบาลที่ให้การดูแลตามปกติ (Sumruayphol & Ratchukul, 2015)



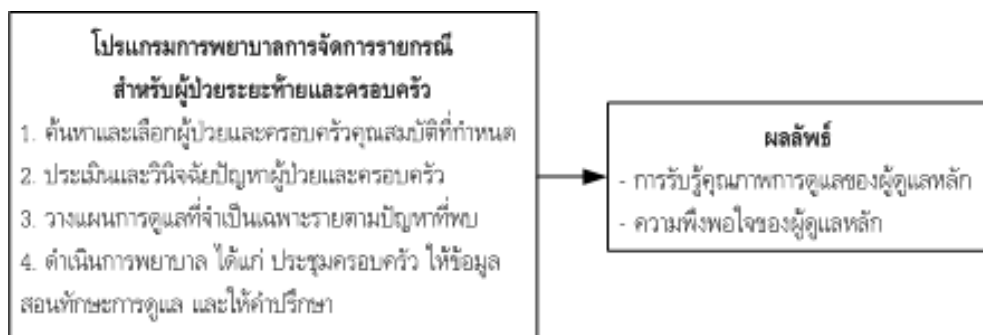
โรงพยาบาลสงขลา ได้จัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีรูปแบบการให้บริการโดยแพทย์และปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษากับทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งในต่างประเทศรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และการเข้ารักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Penrod, Deb, Dellenbaugh, James, Zhu, Christiansen et al., 2010) จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลที่เป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามอาการรบกวนและสภาพจิตใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลและไม่มีการบันทึก ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะประกันคุณภาพบริการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทำงานได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของ Nantachaipan (2015) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกระบวนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแล 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา และกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับครอบครัวเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ โดยกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการแก้ไขปัญหาที่กำหนดไว้ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของครอบครัว และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี โดยขั้นตอนที่ 1 - 4 เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่สร้างขึ้น และวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม ซึ่งการศึกษานี้ ประเมินผลลัพธ์ คือ การรับรู้คุณภาพการดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง เป็นแนวทางในการให้บริการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดบริการที่ครอบคลุมการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย การจัดการอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจที่มีความซับซ้อนและยุ่งยาก ช่วยเหลือแก้ไขความขัดแย้งเกี่ยวกับเป้าหมายในการรักษาและประเด็นทางจริยธรรม (Quill & Abernethy, 2013) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

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

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรงและสม่ำเสมอ 2) รับทราบจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและให้การรักษาแบบการดูแล แบบประคับประคอง และ 3) สามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิต และเบ็ค (Polit & Beck, 2008) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน (Ozcelik, Fadiloglu, Karabulut, & Uyar, 2014) กำหนดขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.87 โดยกำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $\alpha = 0.05$ ) ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 เมื่อเปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีขนาดเล็กอาจไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองคือ 20 - 30 ราย (Polit & Beck, 2008) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้าย การรักษาที่ได้รับ ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale (PPS) for Suandok) (Chewaskulyong, Sapinun, Downing, Intaratat, Lesperance, Leautrakul et al., 2012)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ในการเจ็บป่วยครั้งนี้

1.3 แบบประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแล โดยใช้แบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ลดารัตน์ สามีรินทร์ (Sapinan, 2013) ซึ่งจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการทบทวนเชิงผสมผสาน (Integrative review) พบว่ามีการใช้ Palliative Outcome Scale เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลอย่างกว้างขวาง ในต่างประเทศโดยการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนให้บริการและเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ (Collins, Witt, Bausewein, Daveson, Higginson, & Murtagh, 2015; Rugno & Carlo, 2016) สำหรับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0 - 4 คะแนน 0 หมายถึง รับรู้ว่ามีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 หมายถึง รับรู้ว่ามีอาการเล็กน้อย/นานๆ ครั้ง 2 หมายถึง รับรู้ว่ามีอาการรุนแรง/เป็นบางครั้ง 3 หมายถึง รับรู้ว่ามีอาการรุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ 4 หมายถึง รับรู้ว่ามีอาการมากมาทมนทน/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ บัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมาตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก และข้อที่ 12



เป็นข้อคำถามให้ระบุสถานะของผู้ตอบแบบประเมิน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 40 การแปลผล ผลรวมคะแนนที่สูงเข้าใกล้ 40 แสดงว่าผู้ดูแลหลักรับรู้ว่ามีปัญหาทุกขั้วที่มาจากอาการรบกวนต่างๆ อย่างมาก/ไม่รู้สึกดีกับตนเอง/เสียเวลามากกว่าครึ่งวันต่อการได้รับการบริการ/ ไม่ได้รับข้อมูล/ไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา (Sapinan, 2013) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยยังไม่ได้รับการจัดการอาการที่ดี จะมีการรับรู้คุณภาพคุณภาพการดูแลต่ำ การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยให้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ (Wongrattana, 2009) คือระดับต่ำ (26.67 - 40) ปานกลาง (13.34 - 26.66) และสูง (0-13.33)

1.4 ความพึงพอใจในบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้าย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลแบบประคับประคองฝ่าย การพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ (Nursing services division, Maharajnakom Chiangmai Hospital, n.d.) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 13 ข้อซึ่งลักษณะของคำตอบจากข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบเลย และ 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ ทุกประการ ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการมาก การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยให้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ (Wongrattana, 2009) คือระดับต่ำ (1 - 2.33) ปานกลาง (2.34 - 3.67) และสูง (3.68 - 5)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เป็นโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นขั้นตอนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิบูล พรพิบูลย์ และคณะ (Pompiboon, Sangchart, Thanasilp, Akkadechanunt, Phengjard, Wisesrith et al., 2016) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้  
1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 2 ท่าน และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งขอคำปรึกษายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ โดยพบว่าผู้ดูแลหลักเห็นว่าเห็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรม

นำแบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจในการดูแล ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากกรมการวิจัยการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลหลัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยลำดับที่หนึ่งเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมตามแนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่เตรียมไว้ด้วยตนเอง และ

ให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินผลเพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ช่วยวิจัยถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถาม รวมทั้งฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามเพื่อเตรียมความพร้อมแล้ววิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการเก็บข้อมูล

#### ตารางที่ 1 การดำเนินการทดลอง

วันที่	กระบวนการ	กิจกรรม
1	ค้นหาและเลือกผู้ป่วย	- ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการดูแล
	ประเมินและวินิจฉัยปัญหา	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก - ประเมินสุขภาพ-ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
	วางแผนการดูแลที่เฉพาะราย และดำเนินการตามแผน	- นำผลการประเมินภาวะสุขภาพมาใช้วางแผนการพยาบาล - ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องถึงแผนการดูแล - ประสานงานเพื่อลดและควบคุมความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย
2 -4	ดำเนินการตามแผน และติดตามการดูแล	- ทำการประชุมครอบครัว - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษา ความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษา - สอนทักษะการดูแล - ให้คำปรึกษา
	ประเมินผลการจัดการกรณี	- ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถาม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโปรแกรมโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานต่อไป

#### จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2017 - NL 005 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ และหรือตอบรับโดยวาจา ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักมีภาวะวิกฤติทางจิตอารมณ์ ในขณะที่กำลังให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือโดยการหยุดสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความรู้สึก โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถจัดให้ได้ จะมีการส่งต่อไปยังแหล่งให้ความช่วยเหลืออื่นๆ



## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาที่ได้รับพบว่าส่วนใหญ่เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการมากที่สุด ร้อยละ 66.70 โดยระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) อยู่ที่ 60 คะแนนมากที่สุดร้อยละ 43.30 รองลงมาคือ PPS 50 คะแนน ร้อยละ 20.00 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.30 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30 มีอายุเฉลี่ย 43.03 ปี (S.D. = 15.50) ร้อยละ 86.70 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.30 ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรและสามี/ภรรยา เท่ากัน คือ ร้อยละ 43.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.70 โดยร้อยละ 30.00 ดูแลผู้ป่วยระหว่าง 7 - 12 เดือน ทั้งนี้ร้อยละ 60.00 เห็นว่าความปวดเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแล ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการหรือแก้ไขปัญหาได้ดี จึงรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.43, p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณี (N = 30)

การรับรู้คุณภาพการดูแล	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนรับโปรแกรม	17.86	12.56	5.43	.001
หลังรับโปรแกรม	7.50	6.68		

### 3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี

หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลหลัก พึงพอใจในการดูแลโดยรวมอยู่ระดับสูง ( $\bar{X} = 4.03, S.D. = .67$ ) เมื่อพิจารณารายละเอียด ความพึงพอใจระดับสูงที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ( $\bar{X} = 4.23, S.D. = .68$ ) รองลงมาคือ ทีมการรักษามีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ( $\bar{X} = 4.20, S.D. = .76$ ) การได้รับความสะดวกในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามความต้องการ ( $\bar{X} = 4.13, S.D. = .57$ ) และความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย ( $\bar{X} = 4.13, S.D. = .73$ ) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่น้อยสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.60, S.D. = .86$ ) รองลงมาคือ ได้รับการอำนวยความสะดวกและตอบสนองตามประเด็นในเรื่องความเชื่อทางศาสนาอย่างเหมาะสมในระยะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และหรือหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม ( $\bar{X} = 3.73, S.D. = .91$ ) และการได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกตามขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ( $\bar{X} = 3.83, S.D. = .68$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี (N = 30)

กิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ทีมรักษายามีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	4.20	.76	สูง
2. การได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง	4.00	.64	สูง
3. การได้รับคำแนะนำในการให้การดูแลผู้ป่วย	3.93	.74	สูง
4. การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย	4.23	.68	สูง



ตารางที่ 3 (ต่อ) ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีฯ (N = 30)

กิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5. การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สบายอย่างเหมาะสม และรวดเร็ว	4.03	.61	สูง
6. การที่ทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาทำให้ท่านมีความรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ	4.03	.72	สูง
7. การได้รับความสะดวกในการเฝ้าดูผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามความต้องการ	4.13	.57	สูง
8. การได้รับการอำนวยความสะดวกและตอบสนองตามประเพณี ในเรื่องความเชื่อทางศาสนาอย่างเหมาะสม ในระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และ/หรือหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม	3.73	.91	สูง
9. การได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกตามขั้นตอนต่างๆเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน	3.83	.68	สูง
10. การได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมรักษาพยาบาลและได้รับการช่วยเหลือ การแนะนำ การอำนวยความสะดวก ตามขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม	3.89	.75	สูง
11. ความเชื่อมั่นด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย	4.13	.73	สูง
12. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย	3.60	.86	ปานกลาง
13. ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาพยาบาลโดยรวม	4.03	.67	สูง

### อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีช่วยเพิ่มการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งใช้สะท้อนคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง โดยเนื้อหาของข้อคำถาม ส่วนใหญ่ในแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลที่ตอบโดยผู้ดูแลหลัก สอดถามความคิดเห็นของผู้ดูแลหลักที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดในเรื่องอาการรบกวน ปัญหา/ความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ รวมถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วย และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว (Sapinan, 2013) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Sindhu & Wongrot, 2014) ผ่านกระบวนการประเมินความต้องการและการวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการนั้นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผลการประเมินความต้องการเบื้องต้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องการให้ช่วยเหลือในการจัดการที่สร้างความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยได้แก่ ความปวด อ่อนเพลีย เหนื่อย และคลื่นไส้ ทั้งนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ดำเนินการติดต่อประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ให้ปรับแผนการรักษาและแพทย์ประจำศูนย์การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้คำปรึกษาด้านการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เช่น การปรับยาระงับปวดให้เหมาะสมกับความปวดที่เกิดขึ้น หรือการทำหัตถการการบำบัดทางการแพทย์ เช่น เจาะระบายน้ำออกจากช่องท้องเพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดท้องและหายใจลำบาก เป็นต้น รวมทั้งได้ประชุมร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้การจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายโดยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การใช้พัดลมมือคือเป่ามีลมพัดเบาๆ ผ่านบริเวณหน้าเมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น ทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยลดลง



ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกพึงพอใจในบริการการดูแลที่ให้ และการประเมินคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองสูงกว่าช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการจัดการรายกรณีโดยจัดการอาการของผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจ ในบริการ (Molek et al, 2015; Ozcelik et al, 2014)

การจัดประชุมครอบครัวเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมการจัดการรายกรณี ซึ่งการจัดประชุมครอบครัวมีความสำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย การประชุมครอบครัวเป็นกระบวนการช่วยเหลือครอบครัวในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าของโรค และแผนการรักษา รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนทางจิตใจของครอบครัวและช่วยเหลือจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดความเครียดของครอบครัว (Glajchen & Goehring, 2017) นอกจากนี้การประชุมครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวมีเป้าหมายในทางเดียวกัน และสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วย (Rietjens, Sudore, Connolly, van Delden, Drickamer, Droger et al., 2017)

นอกจากนี้ในโปรแกรมการจัดการรายกรณี พยาบาลผู้จัดการรายกรณีสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Morakot et al, 2015) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความทุกข์ใจ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับฟังอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจ และเสริมแรงทางบวก การพยาบาลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลหลักคลายความทุกข์ใจได้มากขึ้น (Fongkerd & Poogrimsana, 2013) ส่งผลทำให้ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในบริการการดูแลที่ได้รับในระดับสูงทุกข้อ ยกเว้นข้อความพึงพอใจในเรื่องสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และที่การรักษามีสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งได้รับความสะดวกในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตามความต้องการ และมีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในระดับปานกลางในเรื่องสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยแผนกสามัญ ทำให้สถานที่ในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างแออัดในบางช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมาก การใช้พื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยจะมีจำกัด และอาจทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว ผู้ดูแลหลักจึงไม่ได้รับความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ต้องการ

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะประกอบด้วยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง โดยการประเมินสภาพ และความต้องการของผู้ป่วยบริการอย่างครอบคลุม เพื่อวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการดูแล รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาและการจัดให้มีการประชุมครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและให้มีส่วนร่วมในการดูแลและมีเป้าหมายในการดูแลเดียวกันและสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วย ระยะท้ายและครอบครัว (Nantachaipan, 2015; van der Plas et al, 2012) นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณียังทำหน้าที่ในการเป็นที่ปรึกษาทั้งกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เหมาะสมและการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (van der Plas et al, 2012) รวมทั้งมีบทบาทในการให้คำปรึกษากับผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความเครียดและอยู่ในภาวะคาดการณ์กับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การรับฟังอย่างตั้งใจและให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมองเห็นทางเลือกและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## สรุป

หลังการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.43, p < 0.001$ ) โดยผู้ดูแลหลัก พึงพอใจในการดูแลโดยรวมอยู่ระดับสูง

เมื่อพิจารณารายชื่อ ความพึงพอใจระดับสูงที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลและรักษาผู้ป่วย ( $\bar{X}$  = 4.23, S.D. = .68) โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งประกอบด้วยการประชุมย่อย ครอบคลุมและการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแลเฉพาะราย และการปฏิบัติกรรณรายกรณี ประกอบด้วยการประชุม ครอบครัว การให้ข้อมูล การสอนทักษะการดูแล และการให้คำปรึกษา ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณภาพการดูแลและความพึงพอใจ หลังให้การพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านบวก และส่งเสริมคุณภาพการดูแล รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หน่วยงานควรนำโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในประเด็นอื่นๆ เช่น ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล สถานที่เสียชีวิต และวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายระหว่างการดูแลแบบทั่วไปและรูปแบบการจัดการรายกรณี

### รายการอ้างอิง (Reference)

- Aiken, L. S., Butner, J., Lockhart, C. A., Volk-Crafy, B. E., Hamilton, G., & Williams, F. G. (2006). Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 111-126.
- Boonlop, A. (2015). 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*, 26(2), 68-79.
- Chen, Y.-C., Chang, Y.-J., Tsou, Y.-C., Chen, M.-C., & Pai, Y.-C. (2013). Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: a quasiexperimental study. *BMC Health Services Research*, 13, 202.
- Chewaskulyong, B., Sapinun, L., Downing, G. M., Intaratat, P., Lesperance, M., Leautrakul et al., (2012). Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliative Medicine*, 26(8), 1034-1041.
- Collins, E. S., Witt, J., Bausewein, C., Daveson, B. A., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2015). A Systematic Review of the Use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(6), 842-853.
- Fongkerd, S., & Poogrimsana, S. (2013). Effect of illness beliefs model program on the families suffering from taking care end state cancer patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(3), 122-131.



- Glajchen, M., & Goehring, A. (2017). The family meeting in palliative care: Role of the oncology nurse. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 489-497.
- Molek, R., Binhosen, V., & Pakdevong, N. (2015). Symptom intensity in persons with advanced cancer receiving palliative nursing care protocol and caregivers' satisfaction. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(2), 102-109.
- Morrakot, P., Nilmanat, K., & Matchim, Y. (2015). Impacts of an adaptation-promoting programme on the caregiving relatives of terminal chronic disease patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 33-45.
- Nantachaipan, P. (2015). Case Management in the care for patients at the end of life. *Nursing Journal*, 42(1), 153-158.
- Nilmanat, K. (2013). *The end of life care*. Songkhla: Chann-Maung Publisher. (in Thai)
- Nursing services division, Maharajnakorn Chiangmai Hospital. (n.d.). *Family Satisfaction Questionnaire*. Retrieved from <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative.html>
- Ozcelik, H., Fadiloglu, C., Karabulut, B., & Uyar, M. (2014). Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients With cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(6), 655-664.
- Pasri, P., Isaramalai, S., & Hattakit, U. (2015). Family Caregivers' Support Needs in Caring for End Stage Cancer Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(2), 79-92.
- Penrod, J. D., Deb, P., Dellenbaugh, C., James F Burgess, J., Zhu, C. W., Christiansen, C. L. et al., (2010). Hospital-Based Palliative Care Consultation: Effects on Hospital Cost. *Journal of Palliative Medicine*, 13(8), 973-979.
- Piyawattanapong, S., & Srithunrart, W. (2009). Family Care Management of Persons with Terminally Ill Cancer in Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 27(2), 21-32.
- Plas, A. G. M. v. d., Vissers, K. C., Francke, A. L., Donker, G. A., Jansen, W. J. J., Deliens, L., et al., (2015). Involvement of a Case Manager in Palliative Care Reduces Hospitalisations at the End of Life in Cancer Patients; A Mortality Follow-Back Study in Primary Care. *PLOS ONE*, 10(7), 1-12.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pompiboon, P., Sangchart, B., Thanasilp, S., Akkadechanunt, T., Phengjard, J., Wisesrith, W., et al., (2016). *Palliative nursing care pocket manual*. Chiang Mai: Good Work Media. (in Thai)
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.
- Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., et al., (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), 543-551.
- Robinson, J., Gott, M., & Ingleton, C. (2014). Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. *Palliative Medicine*, 28(1), 18-33.



- Rugno, F. C., & Carlo, M. M. R. do P. D. (2016). The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2764. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0993.2764>
- Sahmaae, N., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2013). Muslim Primary Caregivers' Experience in Caring for Terminal-Stage Critically Ill Patients in the ICU Ward. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(3), 31-43.
- Sapinan, L. (2013). *Manual for Palliative care outcome scale: POS*. Chiang Mai: Klang Veing Publisher. (in Thai)
- Sastranuruk, S., & Pattrapakdikul, U. (2013). Palliative Care for Terminally Ill Patients Among Nurses and Caregivers in Songklanagarind Hospital. *Songklanagarind Medical Journal*, 31(5), 235-244.
- Sindhu, S., & Wongrot, P. (Eds.). (2014). *Case management for patients with diabetes and hypertension*. (2<sup>nd</sup> ed.). Bangkok: Wattana Publisher. (in Thai)
- Somanusorn, S., Hatthakit, U., & Nilmanat, K. (2011). Caring for a relative at the end of life in the Thai Buddhist culture. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 19(2), 28-41.
- Spettell, C. M., Rawlins, W. S., Krakauer, R., Fernandes, J., Breton, M. E. S., Gowdy, W., et al., (2009). A Comprehensive Case Management Program To Improve Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(9), 827-832.
- Sumruayphol, P., & Ratchukul, S. (2015). Effects of case management in patients with breast cancer on patients satisfaction in services and perceived professional value of staff nurses. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(1), 95-109.
- van der Plas, A. G. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van de Watering, M., Jansen, W. J. J., Vissers, K. C., & Deliens, L. (2012). What is case management in palliative care? An expert panel study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 163.
- Waeteh, S., Nilmanat, K., & Songwathana, P. (2009). Caregivers' Experiences in Providing Care for Muslim Patients with Terminal AIDS. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(4), 95-109
- Wongrattana, C. (2009). *Statistical technique for research*. (11<sup>th</sup> ed.) Bangkok: Thepnarumitt Publisher. (in Thai)