

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลเชียงใหม่จังหวัดพะเยา

Effectiveness of Case Management Program for End-of-Life Patients at the
Inpatient Department, Chiang Muan Hospital, Phayao Province.

วรารักษ์ สุหิตานุเคราะห์, พย.บ. (Wararak Suhitanukhor, B.N.S.)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

อุทัยวรรณ นุกาศ, ปด. (Uthaiwan Nukat, Ph.D)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สุพรรณษา วงศ์แพทย์, พย.บ. (Supansa Wongpat, B.N.S.)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา และ 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ในโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale: POS) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก และโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย สถิติที่ใช้ประกอบไปด้วยสถิติพรรณนา Chi Square, Fisher Exact Test และ Wilcoxon's match-paires signed test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($POS_{Pre}=27.40$, $S.D._{Pre}=5.35$, $POS_{Post}=11.33$, $S.D._{Post}=3.09$, $Z=4.786$, $P\text{ value}<0.001$) และผู้ดูแลหลักทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง (100.0%) โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.72 ($S.D.=0.35$) จะเห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย จึงควรใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการรายกรณี

Effectiveness of Case Management Program for End-of-Life Patients at the Inpatient Department, Chiang Muan Hospital, Phayao Province.

Wararak Suhitanukhor, B.N.S.

Uthaiwan Nukat, Ph.D

Supansa Wongpat, B.N.S.

ABSTRACT

This quasi experimental research aimed to evaluate the effectiveness of the Case Management Program for End-of-Life Patients at the Inpatient Department of Chiang Muan Hospital in Phayao Province, as well as the satisfaction of primary caregivers following the program. The study included 30 End-of-Life Patients at the hospital, The research instruments included demographic questionnaire, a Palliative Outcome Scale (POS), a Satisfaction assessment form for primary caregivers, and a Nursing Program for Case Management for End-of-Life Patients were used. Descriptive statistics, Chi Square, Fisher Exact Test and the Wilcoxon's Matched-pairs Signed Ranks Test were utilized.

After participating in the Case Management Program for End-of-Life Patients, there was a significant difference in scores before and after the program ($POS_{pre}=27.40$, $S.D._{pre}=5.35$, $POS_{post}=11.33$, $S.D._{post}=3.09$, $Z=4.786$, $P\text{ value}<0.001$) All caregivers were highly satisfied with the program (100.0%), with an average satisfaction score of 4.72 ($S.D.=0.35$) Case Management Program was Effective for End-of-Life Patients. Therefore, it could be a nursing Guideline for Case Management Program for End-of-Life Patients in the hospital.

Keywords : end of life patient, palliative care, case management

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำหรับคนทุกวัยที่มีอาการป่วยรุนแรง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ⁽¹⁾ คาดว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแล โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 78 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับล่าง การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาหลายทศวรรษ ในขณะที่การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงมีข้อจำกัด โดยทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 39 ของประเทศทั่วโลกที่มีความพร้อมในการให้บริการดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้) และร้อยละ 40 ในการดูแลในชุมชนหรือที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคองให้บริการอย่างกว้างขวางมากขึ้นในประเทศที่มีรายได้สูงคือร้อยละ 81 สำหรับการดูแลที่บ้าน หรือในชุมชนและร้อยละ 70 สำหรับการดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹⁾ สถิติการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงานร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปีร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 19.68 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93⁽²⁾ และสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยทั้งโรคเรื้อรังและไม่เรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในปี 2565 จากจำนวน 242,817 คน ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 243,080 คน และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมและสมบูรณ์ร้อยละ 61.07 เมื่อมองในระดับเขตสุขภาพที่ 1 ภาคเหนือตอนบนมีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 27,866 คน และได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและสมบูรณ์ ร้อยละ 48.49 จังหวัดพะเยามีจำนวนผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 2,018 คน และได้รับการดูแลที่ครอบคลุมสมบูรณ์ ร้อยละ 67.34 ซึ่งผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขคือร้อยละ 55⁽³⁾

ในปี 2563 - 2565 พบสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 80 ราย 87 ราย และ 103 ราย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 42 ราย 48 ราย และ 58 ราย โดยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (re-admit) ภายใน 14 วัน ร้อยละ 17.64 ร้อยละ 11.11 และ ร้อยละ 11.63 ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีการวางแผนล่วงหน้า (advance care plan) มีเพียงร้อยละ 9.80 ร้อยละ 16.66 ร้อยละ 27.90 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในปี 2565 คือร้อยละ 50 ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเชียงใหม่ที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบของการให้บริการที่ชัดเจน มีเพียง standing order for palliative care patient และแนวทางการบริหารปวดเท่านั้นที่ใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลแบบประคับประคอง จากข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ (Internal Audit) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในปี 2563 - 2565 พบว่า Focus list ยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ร้อยละ 73.81 ร้อยละ 72.92 และร้อยละ 70.69 ตามลำดับ⁽⁴⁾ การจัดการรายการณเป็นรูปแบบการดูแลหนึ่งที่ได้นำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลหลักได้อย่างครอบคลุม⁽⁵⁾ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาความต้องการการดูแลทุกมิติของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีหน้าที่หลักในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมการวางแผนการดูแล การอำนวยความสะดวกและการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ⁽⁶⁾ การจัดการรายการณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เป็นกระบวนการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อการติดตาม

ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีโดยมีการประเมินปัญหา และสถานการณ์กำหนดเป้าหมาย การดูแลการวางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน การส่งต่อ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูลความรู้ การพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง และการตัดสินใจจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล⁽⁷⁾

จากการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ได้เห็นความสำคัญของการจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย⁽⁹⁾ เพื่อการติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย แต่ละกรณี โดยคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวทางการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิกุล นันทชัยพันธ์⁽⁸⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและการวางแผนจำหน่าย⁽⁹⁾ มาเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้

โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวคิดของพิกุล นันทชัยพันธ์⁽⁸⁾

1. เลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล
2. ประเมินและวินิจฉัยปัญหา
3. วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ
4. ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยครอบคลุมกิจกรรมหลักในการดูแลแบบประคับประคอง
 - 4.1 การจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ ทั้งทางร่างกายและ จิตใจที่ยุ่งยาก และซับซ้อน
 - 4.2 การประสานงานสหสาขาวิชาชีพ
 - 4.3 ดำเนินการพยาบาล ได้แก่ ประชุมครอบครัว ให้ข้อมูล สอนทักษะการดูแล และให้คำปรึกษา
5. ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี



- คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
- ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองทุกรายที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา จำนวน 36 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 10 มกราคม 2567 ถึง 19 เมษายน 2567 จำนวนทั้งหมด 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยมีคะแนนน้อยกว่า 60 คะแนนจากการประเมินด้วยเครื่องมือ Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2)
- 2) ได้รับการวินิจฉัย Palliative Care ทุกราย (Z51.5) และมีคำสั่งให้เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงใหม่
- 3) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารพูดคุยด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- 5) มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา
- 6) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- 1) เปลี่ยนใจขอถอนตัวออกจากงานวิจัย
- 2) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
- 3) ไม่ตอบสนอง ไม่รู้สึกตัว มีอาการในระหว่างช่วงทำวิจัย

การกำหนดขนาดและวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จ G*Power โดยใช้วิธีหาอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.80 จากการเปิดตารางของ โพลิตและเบค^(10,11) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 23 ราย โดยผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดแทนต่อการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาวิจัยที่อาจจะเกิดขึ้นขั้นต่ำ (attrition rate) ร้อยละ 30 รวมเป็น 29.9 ราย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จะได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 30 ราย โดยสุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้าย ละครักษาที่ได้รับ บันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัยจากเวชระเบียน ลักษณะเป็นแบบเติมคำตอบแบบปลายปิด และปลายเปิด

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่⁽¹¹⁾ ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการรบกวน เช่น อาการปวด อาการอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์เศร้า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การได้รับข้อมูล ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยการสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา เป็นต้น และข้อที่ 11-12 เป็นคำถามปลายเปิด โดยคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ค่าคะแนนที่ต่ำหมายถึง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการแบบประเมิน เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่⁽¹²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 13 ข้อซึ่งลักษณะของคำตอบจากข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบเลย และ 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบทุกประการ ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการมาก การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์ การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์^(11,13) คือระดับต่ำ (1–2.33) ปานกลาง (2.34–3.67) และสูง (3.68–5) และมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้แนวคิดและขั้นตอนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิทูล นันทชัยพันธ์⁽⁸⁾ โดยปรับปรุงและดัดแปลงมาจากการวิจัยของอังคณา บำรุงหมื่นและละเอียด ทำเพียร⁽¹⁴⁾ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

วันที่	กระบวนการจัดการรายกรณี	กิจกรรม
แรกรับ วันที่ 1 ของ โปรแกรม	- ประเมิน,วินิจฉัย ปัญหาและวางแผนการดูแลที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยเฉพาะ ราย (ใช้เวลา 60 – 90 นาทีต่อวัน ต่อ 1 ราย)	ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยแนะนำตัวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและดำเนินการ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน (Palliative care Outcome Scale for Patients: POS-P) ฉบับถามผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตอบ แบบประเมินวันแรก ที่เข้ารับการรักษา 2. ประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม PPS, ESAS, ECOG รวมถึงการตรวจ ร่างกายตามความเหมาะสม/ความต้องการของผู้ป่วยและจัดการกับอาการ รบกวนด้านร่างกาย 3. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความ เจ็บป่วยและการเตรียมพร้อมด้านจิตใจและสังคม สำหรับการดำเนินของโรค ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยประเมินจาก (2Q,8Q,9Q) 4. ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น เสี่ยง ต่อการหกล้ม ตกเตียง การเกิดแผลกดทับ 5. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย จัดห้องแยกที่สงบเงียบ 6. ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วย และครอบครัวรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวัง และความเข้าใจต่อโรค 7. วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล 8. นำข้อมูลที่ประเมินได้ รายงานแพทย์ วางแผนร่วมกับแพทย์และสหสาขา วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

วันที่	กระบวนการจัดการ รายกรณี	กิจกรรม
วันที่ 2-4 ของ โปรแกรม	- ดำเนินการตามแผน และติดตามอาการ (ใช้เวลา 40-60 นาที ต่อวัน ต่อ 1 ราย)	- ผู้วิจัยประสานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับแผนการดูแล และประเมิน ติดตามผลใน 24 ชม. ที่ผ่านมา 1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลผลการตรวจ แผนการรักษาความก้าวหน้าของโรค และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 2. กรณีผลของการประเมิน 2Q positive ส่ง consult พยาบาลเฉพาะทาง จิตเวช เพื่อประเมิน 9Q, 8Q วางแผนการดูแล ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ 3. ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วย และครอบครัว (หากวันที่ 1 ยังไม่ได้ค้นหา) ส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีสิ่งยึดเหนี่ยวทาง จิตใจ เช่น ติดต่อหน้าพระภิกษุ หรือผู้นำศาสนา ที่ผู้ป่วยนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำญาติหาหนังสือธรรมะมาให้ผู้ป่วย ฝึกสวดมนต์ 4. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตาย ที่ใกล้เข้ามา ประเมินความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัว 5. ฝึกสติ ฝึกสมาธิ อาจในแบบนั่งหรือนอน 6. ผู้วิจัย ทำ Discharge plan ตามหลัก D-METHOD แพทย์: ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การดำเนินของโรคและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ โรคที่เป็นอยู่ เภสัชกร : ให้ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เช่น ยาบรรเทาปวด การสังเกตผลข้างเคียงของยา ข้อควรเฝ้าระวัง ผู้วิจัย/ผู้วิจัยร่วม : สอนทักษะการดูแลที่จำเป็นหรือปัญหาที่มีแนวโน้ม ที่จะเกิดขึ้น เช่น การป้องกันแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลกดทับ การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้ออกซิเจนที่บ้าน การทำสมาธิ การฟังธรรมะ ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาที่พบ วางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) นักแพทย์แผนไทย : การนวดเพื่อผ่อนคลาย นักกายภาพบำบัด : การบริหารกล้ามเนื้อที่เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วย นักโภชนาการ : ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร 7. เพิ่มช่องทางติดต่อกลุ่มไลน์ ศูนย์เมตตารักษ์ 8. ส่งเยี่ยมบ้านทุกราย
วันที่ 5 ของ โปรแกรม	ประเมินผลลัพธ์ (ใช้เวลา 20 นาทีต่อ ราย)	- ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ประเมินผลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patients: POS-P) 2. ให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โปรแกรมมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.75-1.00 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยระยะท้าย แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88-0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่ 015/2567 ลงวันที่ 3 มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์การดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์การดูแลรายข้อระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยด้วย Chi Square หรือ Fisher Exact Test โดยพิจารณาจากค่า Expected count less than 5 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยด้วยสถิติ Wilcoxon's matched-pairs signed-ranks test เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายไม่อยู่ในโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=30) แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	15	50
หญิง	15	50
2.ช่วงอายุ (ปี)	1	3.3
41-50		
51-60	3	10.0
61-70	6	20.0
71-80	11	36.7
81-90	7	23.3
91-100	2	6.7
Mean=74.16 S.D.=12.611		
3.สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.6
แต่งงาน	14	46.7
หม้าย/หย่า/แยก	14	46.7
4.ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	19	63.4
ประถมศึกษา	10	33.3
อื่นๆ (ปริญญาตรี)	1	3.3
5. อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	17	56.7
รับจ้าง	1	3.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	10.0
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.3
เกษตรกร	8	26.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<2,500	5	16.7
2,501-5,000	19	63.3
>10,000	6	20.0
7. การวินิจฉัยโรค		
โรคมะเร็ง	10	33.4
โรคไตวาย	7	23.3
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7	23.3
โรคหลอดเลือดสมอง	2	6.7
โรคผิวหนังแข็ง	1	3.3
อื่น ๆ (โรคหัวใจ,ภาวะหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพอง)	3	10.0
8. ระยะเวลาป่วย (เดือน)		
1-6	20	66.7
7-12	4	13.3
>12	6	20.0
9. โรคร่วม		
ไม่มี	6	20.0
ความดันโลหิตสูง	14	46.7
เบาหวาน	2	6.7
โรคหัวใจ	5	16.6
โรคไต	2	6.7
อื่นๆ (ภาวะไขมันในเลือดสูง)	1	3.3
10. การรักษาที่ได้รับ		
ยาเพื่อบรรเทาอาการ	26	86.7
ยาเคมีบำบัด	3	10.0
ผ่าตัด	1	3.3

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (63.4%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (56.7%) รายได้ 2,501 - 5,000 (63.3%) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (33.4%) โดยป่วยมาแล้ว 1-6 เดือน (66.7%) โดยได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการ (86.7%)

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=30) แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	8	26.7
บุตร/หลาน	18	60.0
อื่น ๆ (พี่น้อง)	4	13.3
2.เพศ		
ชาย	6	20.0
หญิง	24	80.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3.ช่วงอายุ (ปี)		
41-50	8	26.7
51-60	10	33.3
61-70	11	36.7
71-80	1	3.3
4.สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.7
แต่งงาน	24	80
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.3
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	6.7
ประถมศึกษา	17	56.7
มัธยมศึกษา	6	20.0
อนุปริญญา /ปวส.	3	10.0
ปริญญาตรี	2	6.7
6. อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	4	13.3
รับจ้าง	2	6.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	13.3
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.0
เกษตรกร	17	56.7
7.รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<2,500	5	16.7
2,501-5,000	19	63.3
>10,000	6	20.0

จากตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานของผู้ป่วย (60.0%) เพศหญิง (80.0%) อายุระหว่าง 61-70 ปี (36.7%) สถานภาพสมรส (80.0%) ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (56.7%) อาชีพเกษตรกร (56.7%) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย ถึง 2,001 - 5,000 บาท (63.3%)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนรายข้อของผลลัพธ์การดูแลตามโปรแกรมการจัดการรายกรณี (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Statistical Value	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาการปวด						
ไม่มีอาการ	0	0.0	0	0.0	17.665 ^B	<.001
ปวดเล็กน้อย	6	20.0	16	53.4		
ปวดปานกลาง	10	33.3	13	43.3		
ปวดรุนแรง	4	13.4	1	3.3		
ปวดอย่างมากมาทันทัน	10	33.3	0	0.0		

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Statistical Value	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก (เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อาเจียน ท้องผูก)						
ไม่เลย	0	0.0	0	0.0	30.550 ^A	<.001
เล็กน้อย	1	3.3	11	36.7		
ปานกลาง	4	13.4	18	60.0		
รุนแรง	12	40.0	1	3.3		
มากมายท่วมท้น	13	43.3	0	0.0		
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย						
ไม่วิตกกังวลเลย	0	0.0	1	3.3	52.941 ^A	<.001
กังวลใจบ้างนาน ๆ ครั้ง	0	0.0	14	46.7		
กังวลใจบ้างเป็นบางครั้ง	2	6.7	15	50.0		
กังวลใจเกือบตลอดเวลา	17	56.6	0	0.0		
กังวลใจตลอด	11	36.7	0	0.0		
ความวิตกกังวลของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย						
ไม่วิตกกังวลเลย	0	0.0	0	0.0	49.012 ^A	<.001
นาน ๆ ครั้ง	0	0.0	13	43.3		
เป็นบางครั้ง	1	3.3	15	50.0		
เป็นส่วนมาก	19	63.4	2	6.7		
ตลอดเวลา	10	33.3	0	0.0		
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา						
ได้ทราบข้อมูลเต็มที่	5	16.7	25	83.4	37.532 ^B	<.001
ได้ทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ	0	0.0	3	10.0		
ได้ทราบข้อมูลเมื่อสอบถาม แต่อยากได้ข้อมูลมากกว่านี้	17	56.6	1	3.3		
ได้ข้อมูลน้อยมาก	5	16.7	1	3.3		
ไม่ได้รับข้อมูลเลย	3	10.0	0	0.0		
การได้ระบายความรู้สึก						
ได้เล่าทุกอย่างที่อยากพูด	1	3.3	8	26.7	41.925 ^B	<.001
ได้เล่าระบายเป็นส่วนมาก	4	13.3	19	63.3		
ได้เล่าระบายเป็นบางครั้ง	2	6.7	3	10.0		
ไม่ค่อยบ่อย	13	43.4	0	0.0		
ไม่เคยเล่ากับใคร	10	33.3	0	0.0		
ความรู้สึกซึมเศร้า						
ไม่เลย	0	0.0	0	0.0	31.436 ^B	<.001
ค่อนข้างบ่อย	14	46.6	2	6.7		
ตลอดเวลา	8	26.7	0	0.0		

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Statistical Value	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า						
ใช้ตลอดเวลา	1	3.3	0	0.0	38.416 ^B	<.001
ค่อนข้างบ่อย	0	0.0	13	43.7		
เป็นบางครั้ง	11	36.7	17	56.7		
ไม่ค่อยบ่อย	17	56.7	0	0.0		
ไม่รู้สึกดีกับตนเอง	1	3.3	0	0.0		
การเสียเวลาในการได้รับการดูแล						
ไม่เสียเวลาเลย	4	13.3	26	86.7	34.257 ^B	<.001
เสียเวลาเกือบครึ่งวัน	21	70.0	4	13.3		
เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน	5	16.7	0	0.0		
การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน / ปัญหาอื่นที่เกิดจากการเจ็บป่วย ได้รับ						
การช่วยเหลือทันเวลา / ไม่มีปัญหา	6	20.0	26	86.7	28.767 ^A	<.001
ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ	11	36.7	4	13.3		
ปัญหายังมีอยู่	13	43.3	0	0.0		

หมายเหตุ: A = Chi Square, B = Fisher Exact Test

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบรายด้านของสภาวะเจ็บป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดีขึ้น ด้านอาการรบกวนทางกายได้แก่อาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ อย่างมากมายท่วมท้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบร้อยละ 33.3 และ 43.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ อย่างมากมายท่วมท้น ด้านจิตใจทั้งของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า อยู่ในระดับกังวลใจตลอด และตลอดเวลา ร้อยละ 36.7 และ ร้อยละ 33.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกังวลใจเกือบตลอดเวลาและระดับกังวลใจตลอด แต่ลดระดับความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับกังวลใจบ้างบางครั้ง ร้อยละ 50 และความรู้สึกซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบเป็นบางครั้ง, ค่อนข้างบ่อยและตลอดเวลา พบร้อยละ 20 ร้อยละ 46.6 และร้อยละ 26.7 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเหลือ ร้อยละ 40 ร้อยละ 6.7 และ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลา สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณีสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 และด้านสังคมการได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน ปัญหาอื่นที่เกิดจากความเจ็บป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบปัญหายังไม่สามารถแก้ไขได้ ร้อยละ 43.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมได้รับการช่วยเหลือทันเวลา/ไม่มีปัญหา ร้อยละ 86.7

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)

ผลลัพธ์ของโปรแกรม (POS)	$\bar{x}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P value
ก่อนเข้าร่วม (n=30)	27.40	5.35	15.50	456.00	4.786	<0.001
หลังเข้าร่วม (n=30)	11.33	3.09				

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (POSPre=27.40, S.D.Pre=5.35, POSPost 11.33, S.D.Post= 3.09, Z=4.786, P value<0.001) แสดงถึง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการบรรเทาทุกข์จากอาการรบกวน และได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก

ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณี พบว่า ผู้ดูแลหลักทั้งหมด มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง (100.0%) โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.72 (S.D.=0.35) เมื่อพิจารณารายข้อ ความพึงพอใจระดับสูงสุดเท่ากันมี 4 ประเด็น คือ 1) การได้รับทราบข้อมูล และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวดอาการรบกวนต่างๆ และ 4) การได้รับโอกาสให้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.76 (S.D.=0.42) ความพึงพอใจระดับสูงรองลงมาเท่ากัน 2 ประเด็น คือ การได้รับการตอบสนองตามประเด็น ความเชื่อและศรัทธาอย่างเหมาะสมในระหว่างอยู่โรงพยาบาลและการเตรียมความพร้อมทางจิตใจที่จะเผชิญกับ สิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้น เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงหรือเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.37)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (z=4.786, P<0.001) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจาก 27.40 (S.D.=5.35) เป็น 11.33 (S.D. = 3.09) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงใหม่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบรรเทาทุกข์จากอาการรบกวน และได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องการศึกษาก่อนหน้านี้ของ บงกชรัตน์ ยานะรมย์⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร โดยพบว่า 1) ระบบการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าคะแนน PPS ลดลง ในการประเมินครั้งที่ 2 ทั้ง 2 กลุ่ม 2) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หลังการ พัฒนาระบบดีกว่าก่อนการพัฒนามีความสำคัญที่ระดับ 0.5 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยมีความพึงพอใจ โดยรวม ($\bar{X}$ =4.75, S.D.=0.13) 4) และรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับสูง การเปลี่ยนแปลงของคะแนน POS ตลอดเวลา เป็นสิ่งสำคัญที่ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่จะต้องตรวจสอบและประเมินอย่างต่อเนื่อง เพราะ POS เป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงความก้าวหน้า ของโรค หรือการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้หรือสถานการณ์ต่าง ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของ คะแนน POS รายข้อและโดยรวมพยาบาลและทีมสุขภาพจะต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมานจากอาการรบกวน และให้การดูแล ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ตามการเปลี่ยนแปลง สำหรับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง (100.0%) โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.72 (S.D.=0.35) สอดคล้องกับการวิจัยของชุลินดา ทิพย์ เกสร และอังคณา จงเจริญ⁽¹⁶⁾ ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ต่อการรับรู้คุณภาพ การดูแลแบบประคับประคองและความ พึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.87, S.D.=0.37)

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล เชียงม่วน ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือในพื้นที่อื่น ๆ ได้ โดยสามารถปรับเปลี่ยนรายละเอียดของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานที่ แต่ละวัฒนธรรม ทั้งนี้ในการนำโปรแกรมจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีควร เป็นพยาบาลที่มีสมรรถนะในการจัดการรายกรณีหรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการรายกรณีครบถ้วนตาม ที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินการวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องใน ทุกระยะของการเจ็บป่วย ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ทางภาคเหนือที่เป็นบริบทที่มีประเพณีวัฒนธรรมทางพื้นที่ ภาคเหนือสามารถนำผลงานการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงได้

การวิจัยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรมีการพัฒนารูปแบบให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากการพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนา เครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลเชียงม่วนทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: WHO. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. 2nd ed. London: Hospice House; 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
2. ฐานข้อมูลระบบสุขภาพ Health Data Center [Internet]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 21]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2023
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
4. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงม่วน. สถิติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลเชียงม่วน. พะเยา: งานสารสนเทศ โรงพยาบาลเชียงม่วน; 2566.

5. Spettell C, Rawlins W, Krakauer R, Fernandes J, Breton M, Gowdy W, et al. A Comprehensive Case Management Program To Improve Palliative Care J Palliat Med. 2009; 12(9): 827-32.
6. Dumont I, Dumont S, Turgeon J. Continuity of care for advanced cancer patients. J Palliat Care. 2005; 21(1):49-55.
7. Luckett T, Philips 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.
8. พิกุล นันทชัยพันธ์. การจัดการกรณีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารพยาบาลสาร. 2558;42(1):153-8
9. ชูติกาญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, ไชยสิทธิ์ สวรรณเกศวางษ์. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สีสัปดาห์; 2559.
10. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
11. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
12. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง [Internet]. n.d. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 7]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis /palliative.html>
13. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์ โปรแกรสซิฟ; 2553.
14. อังคณา บำรุงหมู, ละเอียด ทำเพียร. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการ และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง [รายงานการวิจัย]. น่าน: โรงพยาบาลน่าน; 2564.
15. บงกชรัตน์ ยานะรมย์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):195-200.
16. ชูลินดา ทิพย์เกสร, อังคณา จงเจริญ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหรือผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2565;9(1):21-35.