

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี

มารยาท สุจริตรกุล*

พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) , APN

ปรียพัศ พรประเสริฐ**

M.D.

สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์***

Ph.D.

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง วัดจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาจากหน่วย Palliative Care จนกระทั่งจำหน่าย จำนวน 45 คน และ (2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 45 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้ในการประเมินอาการ (2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการอาการรบกวน (3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คือ .78, .81, .79 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ ดูแลตนเอง และจัดการอาการรบกวนของตนเองได้ และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมหลังการใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การให้ความรู้ที่เฉพาะด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแล และการฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถและเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง การดูแลที่เป็นระบบ และการติดตามผลเป็นระยะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี

** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี :

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา

Corresponding e-mail: marayard08@gmail.com

Effectiveness of Nursing Practice Guidelines in Palliative Care Discharge Planning, Chonburi Hospital

Marayart Sujaritwarakul*	M.N.S. (Adult and Gerontology Nursing), APN
Preeyapas Pornprasert**	M.D.
Sirilak Somanusorn***	Ph.D.

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research design aimed at comparing the effectiveness of nursing practice guidelines in palliative care discharge planning. The sample consisted of (1) 45 terminally ill patients, who registered for palliative care at the Palliative Care Unit until discharge (2) 45 professional nurses providing palliative care for the terminally ill patients. The research instrument was the nursing practice guidelines. Data collection instruments consisted of (1) knowledge appraisal form on symptom assessment (2) the self-care ability and disruptive symptom management assessment form (3) the terminally ill patients' satisfaction form (4) the professional nurse's satisfaction form. Content validity was 1. Cronbach's alpha coefficient were .78, .81, .79 and .82, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results revealed that the terminally ill patients had knowledge and ability in assessing their symptoms, self-care and management of their disruptive symptoms and the overall satisfaction after using the nursing care guidelines was statistically significant higher than before using the nursing care guidelines at .05. The satisfaction of the professional nurses, who used the nursing care guidelines were higher than before using the nursing care guidelines at .05. Therefore, providing specific knowledge, particularly practices consistent with care planning, and rehearsing were considerably essential to promote the patients and relatives to have ability and confidence on self-care. Systematic caring and periodical follow-ups could increase effectiveness and reduce complications, thereby released the patients from suffering and have better quality of life.

Key words: nursing practice guidelines discharge planning, terminally ill patients, palliative care

* Registered Nurse, Professional Level, Chonburi Hospital

** Physician, Professional Level, Chonburi Hospital

***Assistant Professor, School of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima

Corresponding e-mail: marayard08@gmail.com

บทนำ

สภาวะด้านสุขภาพของประชาชนไทยพบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สาเหตุการตายจากข้อมูลมรณบัตรในปี พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ 5 อันดับแรก ของประเทศไทยมีสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด 117.6, โรคหลอดเลือดในสมอง 47.8, ปอดอักเสบ 45.3, โรคหัวใจขาดเลือด 31.8 และอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก 24.1 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ¹ และแนวโน้มต่าง ๆ เช่น การเติบโตของประชากรโดยเฉพาะจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จะก่อให้เกิดความต้องการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าสามารถให้การรักษาทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม ประกอบกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันของประชากรส่วนใหญ่นั้นล้วนเป็นโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาว พบได้ทุกเพศทุกวัย² แต่กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความพิการเพิ่มขึ้นซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง จากสถิติ พ.ศ.2555 ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 65 ล้านคน เสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ ปี ละ 400,000 คน ในจำนวนดังกล่าวนี้ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละ 75 เป็นผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 30 และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ และอื่น ๆ ร้อยละ 45³ จากแนวโน้มดังกล่าว สะท้อนถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น เนื่องจากจะมีอาการของโรค

ทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดต้องเข้าๆ ออกๆ รับการรักษาในโรงพยาบาลจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก และยังพบว่าในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าที่ใช้จ่ายสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยที่ย่างยาก ซับซ้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง จากสถิติการเข้ารับการรักษา และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวนมาก ปี 2559 - 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 592, 916, 003, 1024 และ 1102 ราย ตามลำดับ⁴ และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี ดังนั้น จึงมียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสภาวะระยะท้ายของชีวิตและการตายดี ด้วยการจัดตั้ง Palliative Care Unit เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือชุมชน รูปแบบการวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรลุถึงผลสัมฤทธิ์ แมคกินเลย์และคณะ⁵ ให้ข้อคิดเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะมีส่วนช่วยให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินผู้ป่วย (2) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (3) การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การจัดยา หรือด้านแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และติดตามหรือปรับแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้เหมาะสม และ (4) การประเมินผลลัพธ์และการ

ติดตามผลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของระบบบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ครอบคลุม แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นบริการที่มีคุณภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เพื่อเชื่อมโยงการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน เพื่อช่วยให้ประเมนปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย จะสามารถลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งของผู้ป่วย, ครอบครัว และของโรงพยาบาล⁶ สนับสนุนการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ทุกข์ทรมานในระยะท้าย จากไปอย่างสงบ ท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก ในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายในสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลร่วมกันทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ กระบวนการวางแผนจำหน่ายจะต้องเริ่มตั้งแต่เมื่อรับใหม่ ขณะรับการรักษา ก่อนจำหน่ายและเมื่อจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชน การวางแผนเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย ด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชลบุรี โดยนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ Faull & Caestecker⁷

ดังนั้นในการวางแผนจำหน่ายควรประกอบไปด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (1) ประเมินสภาพทั่วไปด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (2) การคาดการณ์ถึง อาการ ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจาก

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (3) คำแนะนำในการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (4) ผลกระทบที่เกิด ความต้องการความช่วยเหลือหรือการฝึกทักษะของผู้ดูแล (5) แหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนทั้งการให้ความช่วยเหลือด้านการนำส่งโรงพยาบาล (6) มีการให้ข้อมูลข่าวสาร และ (7) รายละเอียดข้อมูลสำหรับการติดต่อ เช่น เบอร์โทรศัพท์⁸ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวต้องอาศัยแนวทางที่ทำให้บุคลากรวิชาชีพปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันทีมงานและเครือข่ายโดยกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติของกองการพยาบาลที่ใช้หลักการของ D-M-E-T-H-O-D เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาล⁹ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ดี ผู้ศึกษาจึงได้เห็นถึงความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติของกองการพยาบาล¹⁰ มาใช้ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ Faull & Caestecker⁷ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ
2. เปรียบเทียบความรู้ความสามารถในการประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ
3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ
4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ

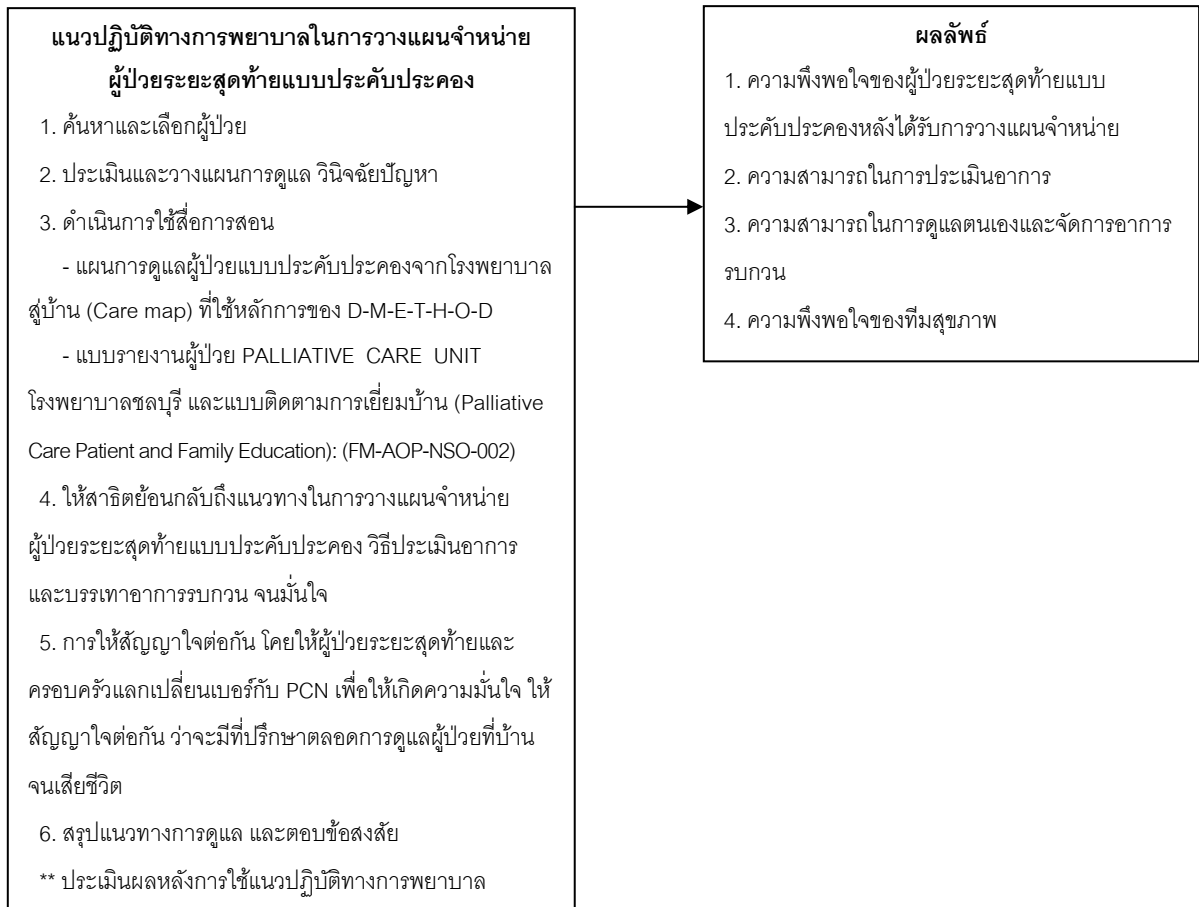
2. ภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประเมินอาการรบกวนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ

3. ภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย

ความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการอาการรบกวนของตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ Faull & Caestecker⁷ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกรมการแพทย์¹ แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ The National Council of Social Service⁸ และการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติของกองการพยาบาลที่ใช้หลักการของ D-M-E-T-H-O-D¹⁰ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในหน่วย Palliative Care โรงพยาบาลชลบุรี จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ (2) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในหน่วย Palliative Care โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive) จากผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ในหน่วย Palliative Care จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ารักษาไม่ได้หรือรักษาไม่หาย หรือโรคที่ดำเนินมาถึงจุดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น 2-3 อวัยวะ ทำให้ต้องเปลี่ยนมารับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (3) มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่า PPS 30% (4) มีสติสัมปชัญญะ และรู้สึกตัวดี (5) สามารถสื่อสาร อ่าน ฟัง พูด และเขียน ภาษาไทยได้ (6) ไม่มีประวัติหลงลืม และ (7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออกผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยมีอาการหนักจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ และ (2) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด

2. พยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในหน่วย Palliative Care โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม 2565 ใช้วิธีการคัดเลือกแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling)¹² โดยกำหนดหมายเลขประจำตัวของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อจัดทำเป็นฉลาก และจับฉลากที่ละหมายเลขจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในหน่วย Palliative Care จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565 (2) มีความสนใจ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (3) เคยได้รับการอบรม และได้รับ certificate การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลักสูตร 3 วัน (palliative ward nurse: PCWN) (4) มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในการดูแล และ (5) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออกพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ (1) อาสาสมัครขอถอนตัว (2) ย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นที่ไม่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในการดูแล และ (3) ลาออก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่า Power ร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญ หรือ ค่าอัลฟา (α) ที่ .05 ภายใต้เงื่อนไขการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธ์กัน (dependent group or paired samples t-test) ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มละ 45 คน¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง⁷ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกรมการแพทย์⁸ แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ The National Council of Social Service⁹ และการจัดกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติของกองการพยาบาลที่ใช้หลักการของ D-M-E-T-H-O-D^{10, 14} ที่มีการให้ข้อมูลการวางแผนก่อนจำหน่ายกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านพุทธิพิสัยจากการเรียนรู้ข้อมูลประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ ยารักษา แผนรักษา และอาหาร (diagnosis, medication, treatment, diet) ด้านทักษะพิสัยจากการเรียนรู้พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (environment, outpatient referral) และด้านจิตพิสัยจากการเรียนรู้การผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (health) เข้าใจภาวะสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัย อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินความรู้ในการประเมินอาการทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีจำนวน 8 ข้อ มีค่าคะแนน 1-4 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในการประเมินตนเองน้อย และ 4 คะแนน หมายถึง

มีความรู้ในการประเมินตนเองมากที่สุด คะแนนรวม 1-32 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์แบ่งค่าคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ได้คะแนน 1-11 แสดงถึงผู้ป่วยมีความรู้ในการประเมินตนเองน้อย (2) ได้คะแนน 12-21 แสดงถึงผู้ป่วยมีความรู้ในการประเมินตนเองปานกลาง (3) ได้คะแนน 22-32 แสดงถึงผู้ป่วยมีความรู้ในการประเมินตนเองมากที่สุด โดยประเมินความรู้ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย

2.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติของกองการพยาบาลที่ใช้หลักการของ D-M-E-T-H-O-D เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาล⁹⁻¹⁰ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ดี ร่วมกับใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ Faulk & Caestecker⁷ ใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ที่เน้นการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการรบกวนในระยะท้าย มีจำนวน 8 ข้อ มีค่าคะแนน 1-4 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนตนเองได้น้อย และ 4 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนตนเองได้มากที่สุด คะแนนรวม 1-32 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์แบ่งค่าคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ได้คะแนน 1-11 แสดงถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนตนเองได้น้อย (2) ได้คะแนน 12-21 แสดงถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนตนเองได้ปานกลาง (3) ได้คะแนน 22-32 แสดงถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนตนเองได้มากที่สุด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและความต้องการด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง¹⁵⁻¹⁷ มีจำนวน 6 ข้อ มีค่าคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์แบ่งค่าคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ได้คะแนน 1-10 คะแนน หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด (2) ได้คะแนน 11-20 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง (3) ได้คะแนน 21-30 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีค่าคะแนน 1-5 คือ 1 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1

ตรวจสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .78, .81, .79 และ .82 ตามลำดับ

ตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนก่อนจำหน่ายที่ได้รับการแก้ไขแล้ว โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยลำดับที่ 1 เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และเป็นพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองสำหรับพยาบาล ระยะเวลา 4 เดือน (palliative nurse: PCN) เป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลชลบุรีที่ผ่านการอบรมและได้รับ certificate การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลักสูตร 3 วัน (palliative ward nurse: PCWN) ผู้ช่วยวิจัยฝึกเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 รายเพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นดำเนินการทดลอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในวันแรกของการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนเริ่มการทดลอง จากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวปฏิบัติ และผู้ช่วยวิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง 7 วัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 1 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพด้านสุขภาพกายที่สำคัญ เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการปวด เบื่ออาหาร อ่อนเพลียนอนไม่หลับ วิตกกังวล รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่ผิดปกติ ให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ประเมินความต้องการ เป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และวางแผนการดูแลเป็นรายบุคคลด้านร่างกายและจิตใจ (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)

วันที่ 2-4 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 3-6 ของแนวปฏิบัติ ซึ่งในขณะนี้ ผู้วิจัยเน้นการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เป็นรายบุคคล ร่วมกับการใช้สื่อการสอนแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสุบ้าน (care map) ที่ใช้หลักการของ D-M-E-T-H-O-D แบบรายงานผู้ป่วย Palliative care unit โรงพยาบาลชลบุรี และแบบติดตามการเยี่ยมบ้าน (Palliative Care Patient and Family Education): (FM-AOP-NSO-002) การให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิธีประเมินอาการและบรรเทาอาการรบกวนจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รวมถึงการให้สัญญาณใจต่อกัน และการแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ระหว่างผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัว และ PCN เพื่อสร้างความมั่นใจ เป็นสัญญาณใจต่อกันว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะมีที่ปรึกษาตลอดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจนเสียชีวิต (ปฏิบัติทุกวัน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที/ วัน)

วันที่ 5 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพตามแบบเก็บข้อมูล เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี รหัสโครงการ 56/64/N/q ดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 44.40 รองลงมาอายุระหว่าง 51-60 ปี และ อายุระหว่าง 41-50 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 26.70 และ 24.40 ตามลำดับ และมีอายุเฉลี่ย 56.90 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.90 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.40 และหม้าย ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 44.40 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.10 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 62.20 ระยะเวลาที่รับรู้การวินิจฉัยอยู่ระหว่าง 1-5 เดือนโดย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การวินิจฉัยภายในเวลา 1 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 35.60 รองลงมา คือ รับรู้ภายในเวลา 2 เดือน ร้อยละ 26.70 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรับรู้ คือ 56 วัน อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา คือ อาการปวด พบร้อยละ 57.80 รองลงมา คือ อาการหอบเหนื่อย พบร้อยละ 35.60 ส่วน

วารสารกองการพยาบาล

รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นอาการที่พบน้อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 6.60

2. การเปรียบเทียบความรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินอาการรบกวนในระยะท้ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความสามารถในการประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติ ต่ำกว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและการ

อาการรบกวนในระยะท้ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการอาการรบกวนก่อนใช้แนวปฏิบัติ ต่ำกว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ (รายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ความสามารถในการประเมินอาการรบกวน การดูแลตนเองและการจัดการอาการรบกวน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

รายการ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความรู้ความสามารถในการประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วย	13.76	2.86	28.73	2.22	26.40	.001
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง และการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วย	11.04	1.52	27.40	1.98	39.80	.001
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย	10.49	2.43	26.11	2.59	26.84	.001

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44.40 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 35.60 และอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 20.00 มีอายุเฉลี่ย 33.90 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.90 ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 51.10 รองลงมา คือ แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 24.40 และแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ร้อยละ 17.80 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแล

ผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 1-5 ราย ร้อยละ 44.40 รองลงมา คือ จำนวน 6-10 ราย ร้อยละ 35.60 และ 10-15 ราย ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลจากหน่วย Palliative Care จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ

ความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพ	Mean	SD	t	p
ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ	11.93	2.95	33.53	.001
หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	30.27	2.43		

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้ความสามารถในการประเมินอาการรบกวนในระยะท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แนวคิด D-M-E-T-H-O-D สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า กิจกรรมการให้ความรู้และสอนวิธีการลงมือปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็น ประกอบด้วย กิจกรรมการสอนให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งนำความรู้ไปใช้ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ การทำความเข้าใจและทบทวนความรู้ด้วยตนเองส่งผลที่ดีต่อความสามารถในการเรียนรู้ (learning ability)¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Holland & Harris¹⁸ ที่ว่าการเตรียมจำหน่ายต้องเกิดขึ้นทันทีที่มีการรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการจดจำและตระหนักถึงการประเมินอาการรบกวนของตนเองเป็นการใช้ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นตัวตั้ง¹⁸ ประกอบกับการเตรียมความพร้อมด้านให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถอธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ

ประคับประคอง ซึ่งเป็นการวางแผนตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีจัดให้ทีมสุขภาพทุกฝ่ายได้ทำงานประสานงานกันอย่างครอบคลุมทุกกิจกรรมในการใช้แนวปฏิบัติ

การกำหนดแผนภูมิขั้นตอนและหน้าที่ โดยเฉพาะความรู้และฝึกทักษะ การเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยฯ รวมทั้งกิจกรรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิด D-M-E-T-H-O-D¹² ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความรู้และสอนทักษะการปฏิบัติตนและลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ คือ มีมโนทัศน์ของผู้เรียน (self –concept) ที่เป็นผู้ใหญ่เติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีวุฒิภาวะสูงพร้อมจะพัฒนาจากการพึ่งพาผู้อื่นไปเป็นการนำตนเองมีความพร้อมที่จะเรียน เมื่อรู้สึกว่สิ่งนั้น “จำเป็น” ต่อบทบาทและสถานภาพของตนเอง รวมถึงยึดปัญหาเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และพร้อมมุ่งนำความรู้ไปใช้ทันที¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา จักรปิง²⁰ ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมจำหน่ายผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

วารสารกองการพยาบาล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ดีที่บ้าน ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความสามารถในการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล โดยต้องให้มีความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในทักษะที่มีความจำเป็นและซับซ้อน จนมีความชำนาญสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ได้รับและผู้ที่ใช้การการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบประคับประคอง และพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิด D-M-E-T-H-O-D ไปใช้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เนื่องจาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแล และสอนให้ผู้ป่วยและญาติได้ฝึกปฏิบัติซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถ มีทักษะ และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

2. ควรบริหารจัดการและทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การลงทะเบียนเข้ารับการดูแล การจัดระบบให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ การติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การมอบหมายพยาบาลวิชาชีพประจำตัวผู้ป่วย ให้เป็นผู้จัดการรายกรณี หรือผู้จัดการสุขภาพ เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้ความรู้คำแนะนำ และสอนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประคับประคองอาการผู้ป่วยตามความจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อน และดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. Strategy and Planning Division. Public health statistics. [Internet]. 2011 [cited 2018 January 23]; Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>. Thai.
2. Kanokwalee Supsuphan. The nursing management of establishing stroke care unit in medical department at the yertiary Level hospital in Suphanburi province: Master of Nursing. Christian University; 2012. Thai.
3. Mukda Yimyong. The development of the management of the palliative care pattern for the end-of-life patients at the secondary Level hospital in Petchaburi province: Master of Nursing. Christian University; 2012. Thai.
4. Statistics and medical records Chonburi Hospital. Photocopies. Chonburi; 2018. Thai.
5. McGinley S, Baus E, Gyza K, Johnson K, et al. Multidisciplinary discharge planning. Nursing Management 1996;27(10):55.
6. Weissman, B, Woolhandler, S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: A randomized controlled study. J Gen Intern Med. 2008 Aug;23(8):1228–33.
7. Faull C, de Caestecker S, Nicholson A, Black F. Handbook of palliative care. 3rd ed. John Wiley & Sons Inc.; 2012.
8. National Council of Social Service. Care and discharge planning. [Internet]. 2006. [cited 2018 January 23]; Available from: <http://www.ncss.org.sg/documents/Care and DischargeGuide-Jan-final6.pdf>
9. Nursing Division, Ministry of Public Health. Palliative nursing service system. Palliative Nursing Service System; 2016. Thai.
10. Nursing Division, Ministry of Public Health. patient discharge planning. Bangkok; 1996. Thai.
11. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for terminally ill patients. [Internet]. 2011 [cited 2018 January 23]; Available from: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner.pdf>. Thai.
12. Koul L. Methodology of educational research. Vani Education Book; 1984.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
14. Ladawan Ritklar. Results of discharge planning by using D-METHOD on re-admission and satisfaction in patients with coronary artery disease. TUH Journal 2018;3(3):19-27.
15. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. Palliative Medicine. 2013;27(3): 197-208.

16. Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization; 2014.
17. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. View/Open. 9789241565417-eng.pdf (3.351Mb). View Statistics.
18. Holland DE, Harris MR. Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. Home Health Care Services Quarterly 2007;26(4): 3-19.
19. Knowles MS. The modern practice of adult education: from Pedagogy to Andragogy. New York: Cambridge, The Adult Education Company; 1980.
20. Jakping, J. Effects of using a discharge planning program for stroke patients on length of hospital stays and caring ability of stroke patients, caregivers, Nan Hospital. (Thesis), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2009. Thai.