บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
The Development of Discharge Planning Model for End-Stage Cancer Patient

Received: Mar 14, 2021
Revised: Mar 26, 2021
Accepted: Mar 30, 2021

เพ็ญศรี รักษ์วงค์ ปร.ด. (Pensri Rukwong, Ph.D.)[1]
มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์ ศศ.ม. (Mujjarin Utsawapat, M.Ed.)[2]
สุณัฏดา คเชนทร์ชัย ศศ.ม. (Sunutda Kachainchai, M.Ed.)[3]
พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร ปร.ด. (Panarut Wisawatapnimit, Ph.D.)[4]

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 9 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน และผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เก็บข้อมูลโดย แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที การทดสอบของฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทาง แนวทางการวางแผนจำหน่ายและการนิเทศทางการพยาบาล ผลการนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่า

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

[1]Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
E-mail: pensri33@yahoo.com
[2,3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์วางแผนจำหน่ายและดูแลแบบประคับประคอง งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
[2]E-mail: amujja@yahoo.com, [3]E-mail: ksunatda@gmail.com
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการสอน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail: panarut.w@bcn.ac.th
[1,2,3]Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand
[4]Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000, .002, .011 และ .000 ตามลำดับ แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการอาการรบกวน คุณภาพชีวิต รวมทั้งความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

Abstract

Introduction: End-stage cancer patients require complex care. Based on the literature review, no studies related to a discharge planning model for end-stage cancer patients focusing on capacity development in patients and caregivers' self-care were found. It is important to promote quality of life in the end-stage of patients.

Research Objectives: To develop and examine the effects of using the discharge planning model for end-stage cancer patients on nursing outcomes.

Research Methodology: This study was a research and development conducted at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during August 2019 and February 2021. It comprised three phases: 1) studying the situation, 2) developing the discharge planning model for end-stage cancer patients with a multidisciplinary team applying Orem's self-care theory, and 3) examining the effects of using the developed model on nursing outcomes. The samples were a nine-health care provider multidisciplinary team that developed this model, 25 end-stage cancer patients each for intervention and control groups, and 25 caregivers each for intervention and control groups. Data were collected using the nursing outcomes evaluation form, and observational form. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, fisher's exact test, and content analysis.

Results: The discharge planning model comprises specialized nursing competencies, discharge planning guidelines, and nursing supervision. The results of using this model found that the patient's self-care agency, quality of life, and success in managing symptom disturbances, as well as caregiver's dependent care agency of intervention groups were statistically significantly higher than control groups at .000, .002, .011, and .000, respectively. However, complication and re-admission occurrences between intervention and control groups were not different.

Conclusion: This discharge planning model can promote the patient's self-care agency, symptom disturbance management, and quality of life, as well as the caregiver's dependent care agency.

Implications: Nurses should apply this developed discharge planning model for end-stage cancer patients to promote their continuing care and good nursing outcomes.

Keywords: discharge planning, Orem's self-care theory, palliative care, end-stage cancer patient

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2018 องค์การอนามัยโลกระบุว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน[1] โดยคาดการณ์ว่าในช่วง 2 ทศวรรษข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 22 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 70[2] สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่พบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวน 190,636 คน[3] และจากข้อมูลสถิติสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2558 ถึง 2562 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งและมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 73,938 คน หรืออัตราตายเท่ากับ 113.7 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็นการเสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 84,073 คน หรืออัตราตายเท่ากับ 128.2 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2562 โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งหลอดลมคอ หลอดลมใหญ่และปอด และมะเร็งเต้านม[4] จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการรักษาโรคมะเร็งที่ก้าวหน้ามากขึ้น แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตด้วยโรคนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักไม่ทราบอาการของตนตั้งแต่ระยะแรกจึงทำให้มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว[5] ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจึงมีความสำคัญมาก

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและมีคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) น้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง ได้แก่ การทำงานบ้าน[6] เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 มากถึง 1,265 คน 1,406 คน และ 1,464 คน ตามลำดับ โดยร้อยละ 58.92 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเหล่านี้มีความต้องการที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และสามารถจัดการอาการรบกวนที่พบมากที่สุด คือ ปวด และหอบเหนื่อย ได้เพียงร้อยละ 83.60[7] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนหลายด้าน ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด[8] ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า[9] รวมทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ[10,11] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ความตาย การจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน และการคงความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[12] เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระยะท้ายจะมีความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของโรคมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลความรู้สึกของตนเองอีกด้วย จากการศึกษาของ Jullapan และคณะ[13] พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายรู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะในระยะท้ายที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับความหวาดกลัว ความกังวลและความเครียดในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ในการดูแลผู้ป่วย การเผชิญกับความรู้สึกผิดถ้าดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี และความรู้สึกอยากตอบแทนผู้ป่วยและการสูญเสีย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลและที่บ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเสียชีวิตของผู้ป่วย และการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[14]

การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในนโยบายขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่เข้ารับการรักษาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของทีมสุขภาพร่วมกับ

ครอบครัว[15] เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองบรรลุเป้าหมายโดยแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต บรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถประเมินปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง[16] จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินการของศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายยังคงใช้รูปแบบเดิม คือ D-METHOD[17] ซึ่งมุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยา การจัดการกับสิ่งแวดล้อมและภาวะทางเศรษฐกิจ การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการรับประทานอาหาร ซึ่งแนวคิดนี้ไม่ครอบคลุมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นเฉพาะการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาซ้ำ จึงยังไม่สะท้อนเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวนน้อย โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อาหาร การใช้ยา จิตใจ การส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล[11] อัตราการกลับมารักษาซ้ำ[18] และการเกิดภาวะแทรกซ้อน[19] ทั้งนี้ ยังไม่พบการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[20] และศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[20] มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อในศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง แต่ถ้าได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ 2) ด้านผู้ดูแล คือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ทำการศึกษาในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 คน โดยการประชุมเพื่อวิเคราะห์การดำเนินการ ปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 6 ครั้ง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย คณะผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 คนและทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน ซึ่งทุกคนผ่านหลักสูตรการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[20] และพัฒนารูปแบบเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTagart[21] ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (planning) การลงมือปฏิบัติงาน (action) การสังเกตผล (observation) ก่อนและหลังการปฏิบัติการ และการสะท้อนผล (reflection) โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 6 ครั้ง หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 5 คน และปรับรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะมาใช้ในระยะต่อไป ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ส่วนประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการพยาบาล ระยะนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563-ตุลาคม พ.ศ. 2563

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 กลุ่ม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 คัดเลือกโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. บุคลากรด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 คน

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการส่งปรึกษากับศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 10 คน รวมจำนวน 20 คนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 98.70 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 87.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.79 จึงคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[22] โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้ค่าเท่ากับ 24.64 คน ดังนั้น การวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หรือชะลอการเสียชีวิตตามที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าตามความต้องการของผู้ป่วยและหรือญาติ มีคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 ซึ่งผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเป็นบางครั้งจนถึงทั้งหมด[6] 2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ 4) เคยเข้าร่วมการประชุมครอบครัว (Family meeting) และ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) 5) มีผู้ดูแลหลัก และ 6) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลไม่

สามารถเข้าร่วมการวางแผนจำหน่ายได้ครบ 3 ครั้ง และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มี PPS ลดต่ำกว่าร้อยละ 30 และหรือเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดกระบวนการวางแผนจำหน่าย

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยการคัดเลือกเข้ากลุ่มจะสอดคล้องกับการสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ระบุผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ดูแลหลัก 2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ดูแลที่เคยผ่านการอบรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง คะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS)[6] ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นแบบประเมินตนเองที่คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scales : Form A) ของ Evers และคณะ[23] เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่ตรงกับการปฏิบัติ ถึงระดับ 5 ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .91

4) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแนวคิดของ Denyes และ Fildey[24] เพื่อวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่ตรงกับการปฏิบัติ ถึงระดับ 5 ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่ามีความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูง การวิจัยครั้งนี้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .80

5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (FACT-G) ที่สร้างโดย Cella และแปลเป็นภาษาไทย[25] เพื่อวัดความผาสุกทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์จิตใจ และการปฏิบัติกิจกรรม มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เลย ถึงระดับ 5 มากที่สุด โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูง ค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เท่ากับ .90[26] การวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา ได้เท่ากับ .79

6) แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[26] การวางแผนจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อใช้

ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การประเมินการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้มีการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตจำนวน 2 คน โดยพบว่า มีร้อยละของการประเมินที่เหมือนกัน (percent agreement) เท่ากับ ร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงร่างการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ก่อนการดำเนินการวิจัย ใบรับรองเลขที่ 0602019 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครวิจัยทุกขั้นตอน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การพัฒนารูปแบบตามแผนที่วางไว้ การนำรูปแบบไปใช้ และการติดตามผล โดยในขั้นประเมินผลเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งข้อมูลผู้ป่วยปรึกษาศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและดำเนินการต่อเนื่องตามขั้นตอนจนครบการติดตามผลลัพธ์และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้ระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Paired t-test และระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Fisher's exact test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะศึกษาสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

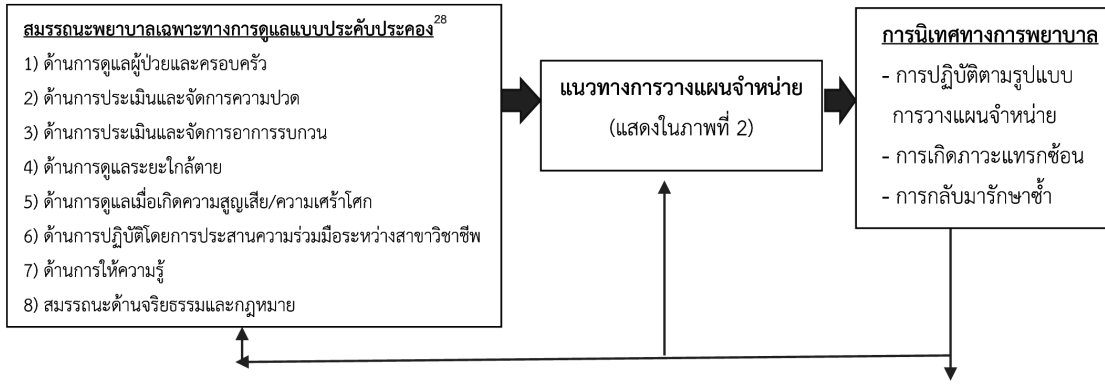
ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์

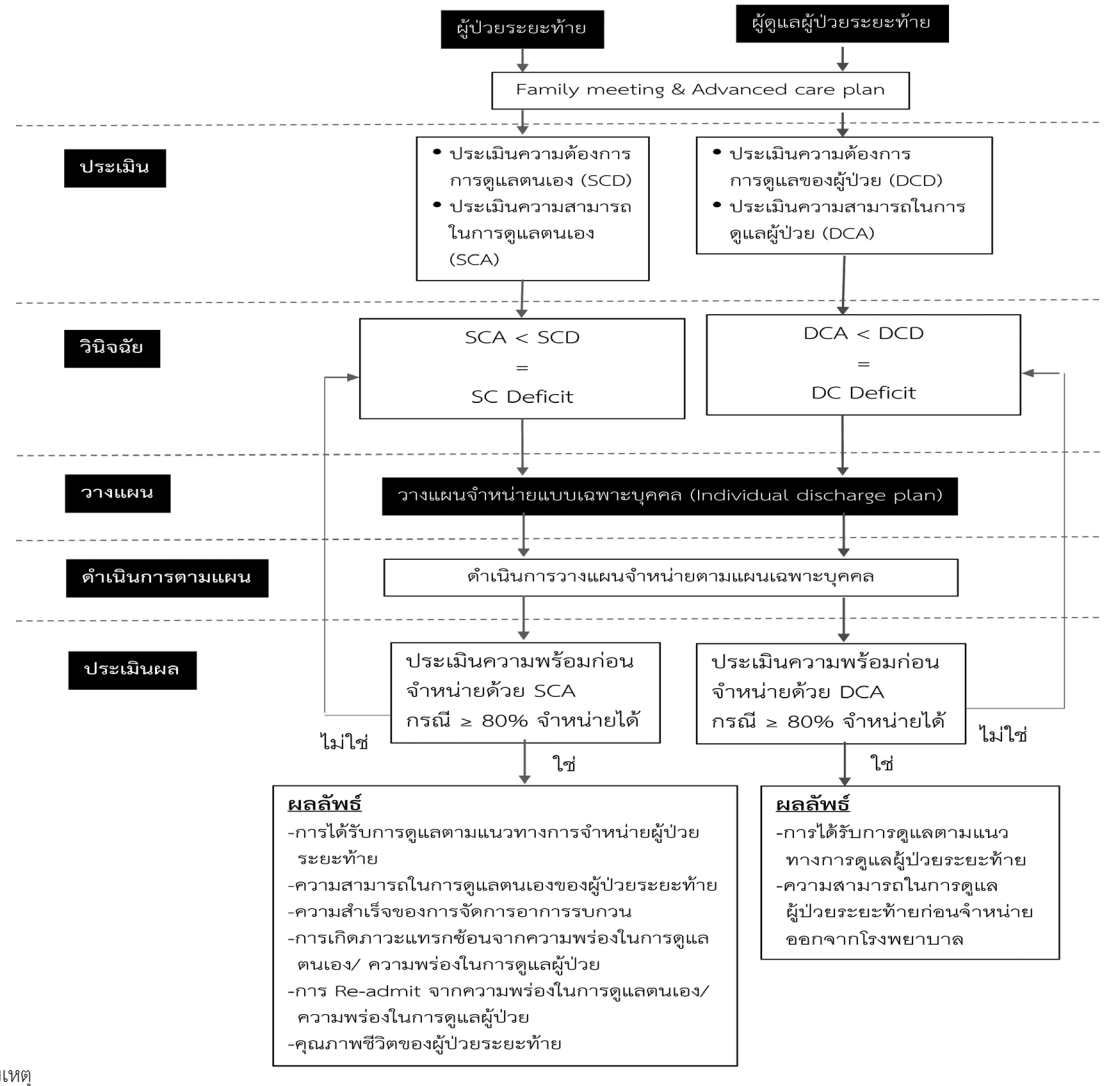
จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินการของศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปีพ.ศ. 2560-2562 พบประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) สมรรถนะของบุคลากรมีความหลากหลาย 2) แนวทางที่ใช้ D-METHOD ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเพียงกรอบที่กว้าง และขาดความตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 3) กระบวนการพยาบาลไม่ชัดเจน 4) ผลลัพธ์การดูแลจำกัดอยู่ที่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำซึ่งยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างแท้จริง และ 5) การกำกับติดตามตัวชี้วัดที่เป็นเชิงรับ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลจากการนำรูปแบบที่พัฒนานี้มาใช้ เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับ กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[26] และ METHOD-P[27] ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนจำหน่ายและการนิเทศทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1 ส่วนรายละเอียดของแนวทางการวางแผนจำหน่ายแสดงไว้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย



หมายเหตุ

SCA (Self care agency) = ความสามารถในการดูแลตนเอง
SCD (Self care demand) = ความต้องการการดูแลตนเอง
SC Deficit (Self care deficit) = ความพร่องในการดูแลตนเอง
DCA (Dependent care agency) = ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
DCD (Dependent care demand) = ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
DC Deficit (Dependent care deficit) = ความพร่องในการดูแลผู้ป่วย

ภาพที่ 2 แนวทางการวางแผนจำหน่าย

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบเดิมกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[20] รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	
	แบบเดิม	พัฒนาขึ้น
แนวคิด	D-METHOD[17] D = ความรู้เกี่ยวกับโรค (Disease) M = การรับประทานยา (Medication) E = การจัดการกับสิ่งแวดล้อมและภาวะทางเศรษฐกิจ (Environment/ Economic) T = การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (Treatment) H = การดูแลสุขภาพ (Health) O = การมาตรวจตามแพทย์นัด (Outpatient referral) D = การรับประทานอาหาร (Diet)	-กระบวนการพยาบาล -ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[20] -METHOD-P[27] M = ความรู้เรื่องยา (Medication) E = สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจ (Environment/ Economic) T = แนวทางการรักษาพยาบาล (Treatment) H = ภาวะสุขภาพโรคที่เจ็บป่วยสาเหตุอาการ (Health) O = ระบบการส่งต่อ ความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล (Outpatient referral system) D = โภชนาการที่เหมาะสม (Diet) P = การดูแลด้านจิตใจ (Psychological support) ภายใต้ทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของ Orem
ผู้รับผิดชอบหลัก	พยาบาลวิชาชีพศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง	พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง
ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	1. ผู้ป่วยและญาติที่ผ่านการประชุมครอบครัว (Family meeting) และ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) ทุกรายจะได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมตามหลักการ D-METHOD 2. วันจำหน่ายผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD	1. ผู้ป่วยและญาติที่ผ่านการประชุมครอบครัว (Family meeting) และ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกรายจะได้รับการประเมินความต้องการการดูแลตนเอง/ความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเอง/ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพื่อประเมินความพร่องในการดูแลตนเอง/ความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2. ออกแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติแต่ละรายให้สอดคล้องกับความพร่องในการดูแลตนเอง/ความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย 3. วางแผนจำหน่ายตามความพร่องในการดูแลตนเอง/ความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ป่วยและญาติแต่ละราย
การประเมินผล	- อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย - ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน - การเกิดภาวะแทรกซ้อน - การกลับมารักษาซ้ำ (ภายใน 28 วัน)

3. ผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เป็นกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.40 ปี (SD = 11.24) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52) ไม่ได้เข้าโรงเรียนหรือประถมศึกษา (ร้อยละ 76) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 72) อาชีพงานบ้าน ค้าขาย หรือ เกษตรกร (ร้อยละ 60) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 84) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มงานทางการแพทย์ที่ส่งปรึกษามากที่สุด คือ กลุ่มงานทางอายุรกรรม (ร้อยละ 56) ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) = 54.80 (SD = 5.86) สำหรับกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 65.16 ปี (SD = 12.98) ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) = 55.60 (SD = 7.12) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52) ไม่ได้เข้าโรงเรียนหรือประถมศึกษา (ร้อยละ 68) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 64) อาชีพงานบ้าน ค้าขาย หรือ เกษตรกร (ร้อยละ 56) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 72) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มงานทางการแพทย์ที่ส่งปรึกษามากที่สุด คือ กลุ่มงานทางอายุรกรรม (ร้อยละ 76) ทั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกัน (p value > 0.05 ทุกตัวแปร) โดยมะเร็งที่พบมากทั้ง 2 กลุ่ม ใน 3 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.88 ปี (SD=12.91) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจหรือรับจ้าง (ร้อยละ 60) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 44) สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 41.08 ปี (SD=14.34) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68) ไม่ได้เข้าโรงเรียนหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 84) อาชีพค้าขายหรือเกษตรกร (ร้อยละ 52) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 76) ทั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกัน (p > .05 ทุกตัวแปร)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองระยะเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ .000, .002 และ .011 ตามลำดับ ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p = .500 และ .245 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2 และ 3 สำหรับผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ <.001 ดังตารางที่ 2

ความร่วมมือของบุคลากรในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่า บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบในระดับดีมาก (ร้อยละ 100) ในทุกด้าน ทั้งด้านการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลที่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ทั้งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการพยาบาล มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยองค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ดี[28] สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hökkä และคณะ[29] ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับองค์ประกอบที่ 2 แนวทางการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีการประเมินความต้องการในการดูแลตนเองและ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				ระหว่างกลุ่ม	
	Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p- value	t	p-value
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย										
ก่อนทดลอง	90.68	12.37	6.743	.000	87.84	11.35	0.729	.35	0.846	.400
หลังทดลอง	108.96	11.66				88.16	11.57		6.333	.000
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	63.48	12.73				53.16	9.96			.002
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย										
ก่อนทดลอง	90.68	12.37	7.023	.000	87.84	11.35	3.525	<.001	0.755	.402
หลังทดลอง	110.88	9.59				94.88	12.83		4.994	.000

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน					
สำเร็จ	25	100	19	76	.011
ไม่สำเร็จ	0	0	6	24	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน					
เกิด	25	100	24	96	.500
ไม่เกิด	0	0	1	4	
การกลับมารักษาซ้ำ					
เกิด	25	100	23	92	.245
ไม่เกิด	0	0	2	8	

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำผลการประเมินมาวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกับการนำองค์ความรู้ทางด้านการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ โดยเน้นการดูแลตามแนวคิด METHOD-P[27] ซึ่งครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[20] จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการกับอาการรบกวนและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phadungsri และ Ladla[11] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับครอบครัว สามารถจัดการอาการรบกวนได้ดีขึ้น ได้แก่ มีอาการปวดลดลง เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น และมีกำลังใจที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การนิเทศทางการพยาบาล ก็เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้เป็นอย่างดี จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างดี (ร้อยละ 100) ดังนั้นองค์ประกอบเหล่านี้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น จึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งทางด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Fabie และคณะ[18] ที่ศึกษาพบว่า อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลในระยะจำหน่ายและให้คำปรึกษาโดยเร็วโดยศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ และการศึกษาของ Bond และคณะ[19] ที่พบว่า การวางแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการให้อาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้าน ทำให้อัตราการเกิดการติดเชื้อของสายสวนหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดยประเมินจาก PPS ไม่แตกต่างกัน (Mean = 54.80 และ 55.60 ตามลำดับ) และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะมีการลุกลามของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น[15] ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DiMartino และคณะ[30] ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่จำหน่ายออกจากสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยได้รับการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 5.80 และ 5.10 ตามลำดับ) ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) = 54.80 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ในบางส่วน อาจทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยหรือรักษาในสถานบริการสุขภาพอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยเริ่มตั้งแต่วางแผนจำหน่ายการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และสถานบริการสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการติดตามผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะยาว และพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้งขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายจากโรคอื่น ๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ทางด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น

โดยสรุป รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งช่วยจัดการอาการรบกวน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิต และนำไปสู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

References

1. WHO. Cancer [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb10]. Available from: https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf
2. Stewart B, Chistopher PW. Rising burden of cancer: World cancer report [Internet]. 2014 [cited 2019 December 15]. Available from: http://www.ias.org.uk/
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2020 [cited 2021 April 4]. Available from: https://gco.iarc.fr/today
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. [Internet]. 2019 [cited 2021 April 4]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf. (in Thai)
5. Pasri P, Isaramalai S, Hattakit U. Family caregivers' support needs in caring for end-stage cancer patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2015;35(2):79-92.
6. Cheewasakulyong B, Sapinun L. Palliative Performance Scale for adult Suandok (PPS adult Suandok). In: Cheewasakulyong B, Somwangprasert A, Chiraniramai S, Maneetorn B, Leehapun T, Mahaprom C, et al., editors. Palliative care. Chiang Mai: Klangweang; 2013. P.35-45. (in Thai)
7. The discharge planning and palliative care center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Palliative care report 2017-2019. Nakhon Ratchasima; 2020. (in Thai)
8. Casotto V, Rolfini M, Ferroni E, Savioli V, Gennaro N, Avossa F, et al. End-of-life place of care, health care settings, and health care transitions among cancer patients: impact of an integrated cancer palliative care plan. J Pain Symptom Manage 2017;54(2):167-75.
9. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer in patients receiving palliative care. Eur J Oncol Nurs 2015;19(6):667-72.
10. Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, Taylor DH, Goetzinger AM, Zhong X, et al. The financial toxicity of cancer treatment: a pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. Oncologist 2013;18(4):381-90.

11. Phadungsri P, Ladla A. Development of care model for patients with end stage of cancer: from hospital to home Ubonrat hospital, Khon-Kaen province. Journal of Nursing and Healthcare 2019;37(2):199-207. (in Thai)
12. Wisesrith W, Soonthornchaiya R, Sukcharoen P. Development and preliminary testing of the spiritual care need assessment scale for end of life patients in Thai cultural context. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):163-74. (in Thai)
13. Jullapan P, Manastachakun P, Sudsa S. Relatives' lived experience of caring for the terminal stage of older patients to achieve a peaceful death. Journal of Health and Nursing Research 2020; 36(3):33-44. (in Thai)
14. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(1):100-9. (in Thai)
15. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end of life care in cancer patients. Cancer 2014;120(11):1743-49.
16. Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Palliative Care Alliance [Internet]. 2014 [cited 2020 January 15]. Available from: https://www. who.int/nmh/Global_ Atlas_of_ Palliative_ Care.pdf
17. Panich N. Lean with discharge planning model and discharge plan [Internet]. 2014 [cited 2020 January 10]. Available from: http://203.131.209.219/km/admin/new/070919_133635.pdf. (in Thai)
18. Fabie J, Walker K, Pharm D, Kearney C. The power of a plan: the impact of palliative care decisions at hospital discharge on readmission rates (S730) JPSM 2016;51(2):e 423.
19. Bond A, Teubner A, Taylor M, Willbraham M, Gillespie L, Farrer K, et al. A novel discharge pathway for patients with advanced cancer requiring home parenteral nutrition. J Hum Nutr Diet 2019;32(4):492-500.
20. Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
21. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
22. Chirawatkul A. Statistics for health science research. Bangkok: Withayapat; 2010. (in Thai)
23. Evers GCM, et al. The appraisal of self-care agency scale. Assen/ Maastricht: Van Gorcum & Comp; 1985.
24. Denyes MJ. Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents [doctoral's dissertation]. Michigan: The University of Michigan; 1980.
25. Ratanatharathorn V, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajom J, Sailamai P, et al. Quality of life, functional assessment of cancer therapy- general. Journal of Medical Association of Thailand 2001;84(10):1430-42.
26. Sansom N, Thanasil S. Selected factors related to terminal cancer patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2010;22(Sup 2):42-53. (in Thai)

27. Yawichaipong R. Let's go home [Internet]. 2020 [cited 2020 January 10]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/52.Let%E2%80%99s%20go%20home.pdf. (in Thai)
28. Rongmuang D, Nakchattree C, Thongphet P. Palliative and end-of-life care competencies among registered nurses in regional health 11. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19 (Supplement): 412-22. (in Thai)
29. Hökkä M, Pereira SM, Pölkki T, Kyngäs H, Hernández-Marrero P. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: a systematic integrative review with thematic synthesis. Palliat Med 2020;34(7):851-70.
30. DiMartino LD, Weiner BJ, Hanson LC, Weinberger M, Birken SA, Reeder-Hayes K, et al. Inpatient palliative care consultation and 30-day readmissions in oncology. J Palliat Med 2018;21(1):62-8.