



ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ เพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

จิรภา หงษ์ตระกูล พย.ม.**

อำภาพร นามวงศ์พรหม PhD***

วณิชชา เรืองศรี พย.ม.**

ทัศนีย์ ยงค์ตระกูล พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ เพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการรับรู้การปวดและหายใจลำบากของผู้ป่วย ความพึงพอใจของพยาบาลที่เสี่ยงต่อการใช้แนวปฏิบัติและความรู้ของพยาบาล โดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การแจกแจงปัญหา การพัฒนาแนวปฏิบัติ การอบรมพยาบาลเพื่อใช้แนวปฏิบัติงาน และการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาล 61 คน ที่ปฏิบัติภายในแผนกศัลยกรรม ซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ และผู้ป่วย 17 คน รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย 17 คน ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ 7 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล และพยาบาลที่เสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างมีระบบ คือ มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ มีการประสานงานระหว่างทีมพยาบาล ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดในระหว่างการดูแลดีขึ้นกว่าเมื่อแรกรับ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ก่อนและระหว่างการดูแลไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่อาการหายใจลำบากดีขึ้น แต่อาการหายใจลำบากในกลุ่มที่เป็นมากจะไม่ลดลง กลุ่มที่รับรู้การหายใจลำบากปานกลางอาการจะไม่เพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.7) และความพึงพอใจของพยาบาลที่เสี่ยงต่อการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 95.5) ความรู้ของพยาบาลหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก โดยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศ และพบว่า อัตราการตายจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยในปี 2554 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 อัตราตายพบ 95.2 ต่อแสนประชากร² สาเหตุสำคัญของอัตราตายที่สูง

ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาเข้ารับการตรวจวินิจฉัย และรักษาเมื่อเกิดอาการของโรคมะเร็งให้เห็นอย่างชัดเจนแล้ว มักพบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ 3-4 ของโรค ซึ่งเป็นระยะที่แสดงถึงการลุกลามและมีการแพร่กระจายของเซลล์ผิดปกติไปยังเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (Advanced cancer) ซึ่งระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์

* ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

*** อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



ทรมาณอันเป็นผลจากการของโรคที่รุนแรงขึ้น และมีการลุกลามมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิต³ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยทั่วไปคือ เกิดจากทั้งการลุกลามของโรค และเป็นผลจากการรักษาที่ได้รับร่วมด้วย แบ่งเป็นใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่มคือ เบื่ออาหาร ขาดอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน วิดกักจวน ชีพเศร้า นอนไม่หลับและสับสน⁴⁻⁶

เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม คือ การควบคุม และบรรเทาอาการ (Palliation) ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งครอบคลุมถึงการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยการให้ยา และไม่ให้ยา การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการได้รับเคมีบำบัด หรือรังสีบำบัด เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากการลุกลามของมะเร็ง ชะลอความก้าวหน้าของโรค และยืดอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย⁷ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care) มีเป้าหมายสำคัญนอกจากการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความรุนแรงของโรคแล้ว ยังเป็นการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมต่อการเผชิญความตายอีกด้วย ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งรวมถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life) โดยหลายหน่วยงานทั้งสถาบันในประเทศและต่างประเทศ⁸⁻¹¹

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดย National Comprehensive Cancer Network (NCCN)¹¹ ได้นำมาดัดแปลงและใช้ในประเทศ โดยหลายหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่¹² ซึ่งแนวปฏิบัตินี้ประกอบด้วย 1) การคัดกรองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง 2) การประเมินโดยทีมการดูแล 3) การให้การดูแลโดยการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งรวมถึงการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น 4) การประเมินผลการดูแลโดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ป่วย

และครอบครัว และการควบคุมอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และ 5) การดูแลภายหลังการสูญเสียโดยการติดตามครอบครัว และผู้ดูแลภายหลังการสูญเสียซึ่งแนวปฏิบัติได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และพบว่าส่งผลให้คุณภาพของการดูแลดีขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trial จำนวน 22 เรื่องที่ประเมินผลการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีงานวิจัย 5 ใน 7 เรื่องที่รายงานว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัย 7 ใน 10 เรื่องที่พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ นอกจากนี้ รายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ทบทวนตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต จาก 200 บทความ พบว่า ตัวชี้วัดที่ใช้บ่อยมาก คือ การจัดการอาการ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นช่องว่างของความรู้ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในด้านความต่อเนื่องของการดูแล การวางแผนการดูแล การดูแลด้านจิตวิญญาณ และความผาสุกของผู้ดูแล¹⁴ ส่วนในด้านของกระบวนการดูแลนั้น การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจำนวน 325 เรื่องเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งความร่วมมือระหว่างทีมการดูแลโดยมุ่งเน้นที่ความสำคัญของการสื่อสารระหว่างผู้ดูแล และทีมการดูแลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งข้อสรุปเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นคือการเพิ่มพูนสมรรถนะของผู้ดูแล ทั้งด้านความรู้และทักษะการมีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักระหว่างการดูแล¹⁵

สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 44.7 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด



ที่เข้ารับการรักษา 3,766 คน¹⁶ โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งครอบครัวและญาติต้องการ ความช่วยเหลือในด้านการดูแลและจัดการกับอาการที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายและทุกข์ทรมานจากอาการของโรค โดยเฉพาะในด้านความปวดและการหายใจลำบาก เนื่องจากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างพอเพียง จึงพามาโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และครอบครัวอย่างเป็นระบบ ยังไม่ได้มีการกำหนดใช้ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมาตรฐาน เดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการ พยาบาลของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการรับรอง คุณภาพของโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (สรพ.) รวมทั้งนโยบายของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะพัฒนาระบบในการนำแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้ในแผนกศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของทีมการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ ในการพัฒนา ปรับปรุงและขยายผลในแผนกอื่น ๆ ของ โรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาระบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลทั้งทางด้านผู้ป่วยและทางด้านโรงพยาบาล
 - 2.1 ค่าคะแนนความปวดและการหายใจลำบากก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
 - 2.2 ความพึงพอใจของครอบครัว ต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับกับเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 80
 - 2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลที่เสี่ยงในการใช้แนวปฏิบัติกับเกณฑ์มาตรฐานที่ ร้อยละ 80
 - 2.4 ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ CURN Model¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้เพียง 4 ขั้นตอน คือ 1) การแจกแจงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) กระบวนการพัฒนาระบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3) การทดลองใช้ และใช้แนวปฏิบัติ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยปฏิบัติการนี้ (Action research) มีเป้าหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบหรือหาแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ทำงานในแผนกศัลยกรรม ประกอบด้วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายสามัญ 24 คน หอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ 7 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 8 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ 22 คน รวม 61 คน โดยแบ่งเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ 48 คน และพยาบาลที่เสี่ยงที่ทำหน้าที่นี้เพื่อการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละหอผู้ป่วย 13 คน และ 2) ผู้ป่วยจำนวน 17 คนและผู้ดูแลจำนวน 17 คน ที่ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือน พ.ย. 2556 – ส.ค. 2557 โดยคัดเลือกผู้ป่วยจาก PPS Score $\leq 60\%$ และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและมีคำสั่งการรักษาแบบประคับประคอง และผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลต่อเนื่องจนครบขั้นตอนการวิจัย (7 วัน) ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาระบบของ CURN Model⁴ ขั้นตอน ดังนี้ 1) การแจกแจงปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อยระหว่างรับไว้ในโรงพยาบาล โดยศึกษาจากเวชระเบียน และซักถามจากผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งระดมความคิดเห็นของพยาบาลในแผนกศัลยกรรม เกี่ยวกับความรู้ ทักษะและปัญหาใน



การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดและการหายใจลำบาก รวมทั้งการทำงานยังไม่เป็นทีม ทำให้การแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย และในด้านระบบการพยาบาล พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแล รวมทั้งครอบครัวยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแล 2) ศึกษาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอยู่ ระดมความคิดเห็นในทีมวิจัย นำเสนอแนวปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การประเมินสภาพจิตใจของครอบครัว รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้โดยเริ่มต้นจากการจัดอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่พยาบาลเป็นกลุ่มใหญ่ และอบรมการพยาบาลเป็นกลุ่มย่อยในเรื่องการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท และ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงจัดให้มีการนิเทศ โดยพยาบาลที่เลี้ยงระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการพัฒนาระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹² ซึ่งผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางมะเร็ง 1 ท่าน และ APN สาขาอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ 2 ท่าน แนวปฏิบัตินี้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 7 วัน โดยวันแรก มีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วย ESAS และจัดการอาการต่างๆ ตามระดับความทุกข์ทรมานนั้นๆ ได้แก่ อาการปวดเหนื่อยล้า หายใจลำบาก เบื่ออาหาร/น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเร็ว และอาการนอนไม่หลับ วันที่ 2 ประสานทีมและครอบครัวในการทำ Family meeting รวมถึงการให้ข้อมูลผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแล รวมทั้งการแจ้งข่าวร้าย หลังจากนั้นให้การดูแลผู้ป่วยและพบกับผู้ดูแลทุกวันและวันที่ 7 ประเมินความพึงพอใจผู้ดูแล หากผู้ป่วยเสียชีวิต

และญาติยังไม่พร้อมทำแบบสอบถามให้ติดตามผู้ดูแล ทำภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 2 สัปดาห์ 2) แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทดสอบความยากง่าย (Difficulty index) = 0.78 และมีอำนาจจำแนก (Discrimination index) = 0.33 3) แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น (KR 20) ชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) 0.69 4) ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) ใช้เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวด และอาการหายใจลำบาก 5) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล และ 6) แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Palliative Performance Scale version 2, PPS)¹² ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลผู้ดูแลทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการเข้าอบรม และเมื่อคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแล ขั้นตอนวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การดูแล ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ให้ผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลตัดสินใจ เมื่อต้องการเข้าร่วมโครงการจึงขอให้เซ็นชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลทำแบบข้อมูลส่วนบุคคล โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินและบันทึกอาการปวด ทุก 8 ชั่วโมง และอาการหายใจลำบากวันละ 1 ครั้ง เมื่อให้การดูแลตามแนวปฏิบัติครบ 7 วัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอาการปวดและหายใจลำบาก ก่อนและหลังให้การดูแลตามแนวปฏิบัติ พร้อมกับขอให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลเมื่อจำหน่ายหรือผู้ป่วยเสียชีวิตแต่ถ้าผู้ดูแลยังไม่พร้อมในการทำแบบประเมินผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความพึงพอใจทางโทรศัพท์ 2 สัปดาห์หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ถ้าหากผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันแรกของการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยไม่นับรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบความปวดและอาการหายใจ ก่อนและหลังการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ และเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และเปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลและของพยาบาลที่เลี้ยงกับเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลที่ร้อยละ 80

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมด ทำงานในแผนกศัลยกรรม มีอายุ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.4 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-5 ราย ร้อยละ 50.7 ในปีที่ผ่านมาและส่วนน้อย ร้อยละ 23 เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 17 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.6 หญิง ร้อยละ 29.4 อายุระหว่าง 40-83 ปีเฉลี่ย 63.2 ± 13.8 ปี ร้อยละ 35 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาเป็นมะเร็งตับ จำหน่ายเนื่องจากเสียชีวิต ร้อยละ 64.7 ที่จำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 35.3

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 17 ราย เพศหญิง ร้อยละ 58.8 เพศชาย ร้อยละ 41.2 อายุระหว่าง 24-56 ปีเฉลี่ย 40.9 ± 8.7 ปี ร้อยละ 88.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 64.7 เป็นบุตร/ธิดาของผู้ป่วย ร้อยละ 88.2 ยังประกอบอาชีพแหล่งที่มาของรายได้หลักคือ ครอบครัว (ร้อยละ 82.4)

2. ผลของการพัฒนาระบบโดยใช้ CURN Model พบว่าการนำขั้นตอนการพัฒนาระบบของ CURN มาใช้ ทำให้มีแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ขั้นตอนการแจกแจงปัญหา ทำให้มองเห็นปัญหาทั้งด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบบริการ และสามารถนำปัญหาที่ค้นพบมาพัฒนาและปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุน ทั้งด้านการจัดวางระบบ การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการอบรม

ติดตามนิเทศ การใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลทุกคนได้มีส่วนร่วมและได้รับการเตรียมความรู้และทักษะ รวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและแสดงความคิดเห็น ทำให้คุณภาพทางการพยาบาลที่วัดจากผลลัพธ์ของการจัดการอาการผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ดีขึ้น

3. ผลลัพธ์การดูแลด้านผู้ป่วย

3.1 ความปวด จากการศึกษาติดตามระดับความปวดที่ประเมินจากผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วย เมื่อแรกรับส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Pain Scores = 5-9) มีจำนวน 8 ราย ที่มีระดับความปวดลดลงจากระดับเดิมในวันที่ 3-5 ของการดูแล มีจำนวน 2 ราย ที่ระดับความปวดสูงขึ้น เมื่อนำค่าเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่างมาเปรียบเทียบกับระหว่าง เมื่อแรกรับกับหลังการดูแล พบว่าไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.007, p = 0.314$)

3.2 การหายใจลำบาก จากการศึกษาติดตามการหายใจลำบากของผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่า เมื่อแรกรับมีผู้ป่วยจำนวน 6 รายที่มีอาการหายใจลำบากในระดับปานกลาง (คะแนน 4-6) และจำนวน 5 รายที่มีอาการหายใจลำบากในระดับมาก (คะแนน 7-10) และ 2 รายอยู่ในระดับน้อย และอีก 1 รายไม่มีอาการหายใจลำบาก ในกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากในระดับมากพบว่าระดับการหายใจลำบากไม่ลดลง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่อาการหายใจลำบากในระดับปานกลาง (คะแนน 4-6) จำนวน 4 คน อาการหายใจลำบากอยู่ในระดับเดิมและลดลงจำนวน 2 ราย อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากโดยรวมระหว่างแรกรับกับระหว่างการดูแล พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.068, p = 0.286$) (ตารางที่ 1)

4. ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล

4.1 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาล ผู้ดูแลจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 100) มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 93.7 (SD = 7.4) (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลทุกรายมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ ร้อยละ 80



4.2 ความพึงพอใจของพยาบาลที่เลี้ยงต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลที่เลี้ยงจำนวน 13 คน มีค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยเฉลี่ย 38.2 (SD = 2.8) (คะแนนเต็ม 40) ซึ่งอยู่ในระดับที่พึงพอใจสูง ร้อยละ 95.5 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80

4.3 คะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 61 คน ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 19.6 (SD = 2.3) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนนภายหลังการอบรม 20.8 (SD = 2.1) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการอบรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.358, p = .001$)

การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบโดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิดเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทางปฏิบัติ เนื่องจากโมเดลนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญ คือ การพัฒนาการปฏิบัติ ต้องเกิดจากนโยบาย และเน้นการมีส่วนร่วมของทีมในการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติ ทำให้กระบวนการพัฒนาระบบเป็นไปอย่างมีขั้นตอน ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นกลไกสำคัญในทีมการดูแล มีส่วนร่วมซึ่งเกิดจากความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการอบรม รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เลี้ยงทำให้การเรียนรู้และพัฒนาตนเองไปด้วย ร่วมกับการที่มีการสื่อสารที่ดีขึ้นระหว่างทีม มีการรายงานเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้คุณภาพของการดูแลที่วัดจากการรับรู้อาการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับดีสอดคล้องมาตรฐานสภาการพยาบาลและมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าอาการปวดและหายใจลำบากเมื่อแรกรับ และระหว่างการดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า จำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดดีขึ้น ระหว่างการดูแล (6 ราย จาก 10 ราย) ส่วน 4 รายไม่ดีขึ้น สำหรับอาการหายใจลำบาก พบว่า

ดีขึ้น 7 ราย ไม่แตกต่างจากเดิม 4 ราย และอาการรุนแรงขึ้น 4 ราย อาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้อาการหายใจลำบาก ซึ่งการดูแลจะเป็นการประคับประคองโดยการให้ออกซิเจนและวัดค่าซึ่งไม่พอเพียงที่จะบรรเทาอาการลง ร่วมกับอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้การให้ยาบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการให้กลุ่ม Opioids ตามต้องการ (PRN) ดังนั้น อาจจะเป็นได้ที่ไม่พอเพียงต่อการบรรเทาอาการปวดที่รุนแรงซึ่งอาจแตกต่างจากกลุ่ม Palliative care ที่ได้รับการบรรเทาอาการความรุนแรงของโรคร่วมด้วย รวมทั้งการให้ยาบรรเทาปวดที่ต่อเนื่องร่วมกับยาขยายหลอดลมจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่า¹⁸ นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้า พบว่า การดูแลตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้ผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดา ของผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับที่สูงมาก สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ว่า การดูแลแบบประคับประคอง มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น^{13,15}

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนประโยชน์และผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างนี้จำกัดอยู่เฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life) เป็นเบื้องต้น ฝ่ายการพยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติต่อไปและควรขยายการใช้ในแนวปฏิบัติไปยังผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการโดยเคมีบำบัดร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรทำการวิจัยในกลุ่มนี้ต่อไป เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อสามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงให้มากขึ้น

References

1. World Health Organization. Cancer health topic. [Online] [cited 2014 February 8]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/mortality-morbidity/cancer_text/en/index.html



2. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Statistical report, 2011 [Online] [cited 2014 November 20]. Available from: <http://203.157.32.40/statreport/Static2554.pdf>
3. Schofield P, Carey M, Aranda S. Psychosocial issues for people with advanced cancer: Overcoming the research challenges. *Cancer Forum* 2006; 34(5). Available from: www.cancerforwn.org.au/issues/2006/maroh/forum/psychosocial
4. Jimenez A, Madero R, Alonso A, et al. Symptom cluster in advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42(1): 24-31.
5. Hui D, Bruera E. Supportive and palliative oncology- A new paradigm for comprehensive cancer care. *Oncology and Hematology Review* 2013; 9(1): 68-74.
6. Walsh D, Rybicki L. Symptom clustering in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer* 2006; 14(8): 831-836.
7. American Cancer Society (ACS) "What is advanced cancer?" [Online] [cited 2014 October 7]. Available from: <http://www.cancer.org/treatment/understandingyourdiagnosis/advancedcancer/advanced-cancer-what-is>
8. World Health Organization, National Cancer Control Programme: Policies and managerial guideline. 2nd ed, Italy; 2002.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Improving supportive and palliative care (CSGSP) for adults with cancer, 2004. [cited 2011 November 20]. Available from: www.nice.org.uk/guidance/csgsp
10. European Association for Palliative Care. (EAPC) "While Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europ: Part 1, 2 Recommendation from the EAPC." *European Journal of Palliative Care* 2009; 16: 278.
11. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guideline version. 2014; 2014 (Typewritten)
12. Sapinun L. Palliative care committee, Nursing Department, Maharaknangkornchiangmai Hospital. Palliative Care Outcome Scale: POS. 2013. [cited 2011 November 20]. Available from: <http://203.157.32.40/statreport/Static2554.pdf>
13. El- Jawahari, Green, Ternel. Does Palliative Care Improve Outcome for patients with Incurable diseases? A Review of Evidence. *J Support Oncol* 2011; 9: 87-94.
14. Mularski RA, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson AM, Lynn J, Shekelle PG, Lorenz KA. A Systematic review of measures of end-of-life care and its outcomes. *Health Services Research* 2007; 42(5): 1848-1870.
15. Fonseca C, Rebelo T, Andrade C, et al., Needs of end-of-life patient's caregivers, in terms of nursing care: Systematic review of literature *Journal of Palliative Care & Medicine*, 2012.
16. Office of Medical Records and Statistics, NopparatRajathanee Hospital. Palliative; 2009.
17. Horsley JA, Crane J, Crabtree MK, Wood DJ. Using research to improve nursing practice, A guide. New York: Grune & Stratton; 1983.
18. Sayan P, Namvongprom A, Pakdevong N. Symptom management and outcomes of pain and dyspnea management in Buddhist Monks with terminal cancer. *Journal of Nursing and Health Care*, 2014; 32.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความปวดและอาการหายใจลำบาก ก่อนได้รับการดูแลและระหว่างได้รับการดูแล

คะแนน	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p value
อาการปวด (n=10)					
ระหว่างการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแล	6	5.2	31.0	- 1.007	0.314
ระหว่างการดูแลมากกว่าก่อนได้รับการดูแล	3	4.7	14.0		
หลังการดูแลเท่ากับก่อนได้รับการดูแล	1				
อาการหายใจลำบาก (n=15)					
ระหว่างการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแล	7	3.2	6.4	- 1.068	0.286
ระหว่างการดูแลมากกว่าก่อนได้รับการดูแล	4	3.8	5.2		
หลังการดูแลเท่ากับก่อนได้รับการดูแล	4				



Effectiveness of Palliative End of Life Care Program in Patients with Advanced Cancer and Family in The Surgical Department Nopparat Rajathanee Hospital

Chirapa Hongtrakul M.Sc. (Nursing)** Ampaporn Namvongprom PhD (Nursing)*** Wanitcha Rounsri M.N.S.**
Tassanee Yongtrakul M.N.S.**

Abstract

This action research aimed to investigate the effectiveness of the end of life care program on pain and dyspnea of patients with advanced cancer, caregivers' satisfaction, and nurses' satisfaction and knowledge. CURN Model was used as a conceptual framework for development of program implementation which comprising 4 steps; problem identification, practice guideline development, nurse training, implementing and evaluation. Two groups of samples were recruited for this study, 61 nurses who worked in surgical department and 17 patients and 17 caregivers who received a 7 days end of life care and 17 caregivers. Data were collected from recording forms, satisfaction questionnaires and analyzed by using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test.

The findings showed that this program improved the process of care including the uses of the practice guideline, team collaboration, and participation of caregivers and patients in care. The majority of patients perceived less pain, during the program however pain scores of the before and after were not significantly different. Also, the majority of those with dyspnea perceived less dyspnea during the program. Nevertheless, those with high levels of dyspnea perceived persistently while those with moderate levels perceived the same levels as before. When comparing between the before and the after, it was found no significance. Regarding satisfaction, it was found that the caregivers were satisfied with the care provided at a high level (93.7%). Also, the nurse supervisors were satisfied with the use of practice guideline at a high level (95.5%). Nurses knowledge related to end of life care after training was significantly higher than that of the before ($p = 0.001$).

Keywords: advanced cancer, end of life care, patient and family

* Research Fund, Nopparat Rajathanee Hospital, Department of Medical, Ministry of Public Health

** Registered Nurse, Nopparat Rajathanee Hospital, Department of Medical Service, Ministry of Public Health

*** Lecturer, Department of Adult Nursing and Gerontological Nursing, School of Nursing, Ransit University