

ผลของโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อการรับรู้การจัดการอาการปวด และคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

Effects of a Case-Based Management Nursing Care Plan on Symptom Pain and Perceived Quality in Palliative Care of Patients

นพรัตน์ ศรีสุวรรณ*

Nopparat Srisuwan

Corresponding author: E-mail: nui20031971@gmail.com

(Received: February 20, 2024; Revised: February 28, 2024; Accepted: March 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้จากความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและการรับรู้คุณภาพการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2566 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและมีการสั่งกลุ่มยา Opioids โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 20 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรคและแพทย์ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ (Edmonton Symptom Assessment System) และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยการวิเคราะห์สถิติทีคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแล สูงกว่า ($p < .001$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองควรมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การวางแผนพยาบาลจัดการรายกรณี; การจัดการอาการปวด; คุณภาพการดูแล

Abstract

Purposes : The study aims to examine how a Case-Based Management Nursing Care Plan influences symptom pain and to investigate its impact on the perceived quality of palliative care in patients.

Study design : The study design involves a single-group experimental approach comprising both pre-test and post-test assessments.

Materials and Methods : This study was conducted between July and November 2023 at Thawatchburi Hospital in Roi Et province. A purposive sampling method was employed to recruit 30 adult patients who met specific criteria: 1) diagnosed with terminal illnesses and referred by their physicians to the palliative care center; 2) informed by their physicians about their terminal illnesses and advised to undergo palliative care; and 3) possessing full mental capacity. The program involved five stages: 1) identification and selection of patients; 2) assessment and examination of their issues; 3) formulation of case-based care methods tailored to identified problems; 4) execution of the program as per the devised plan; and 5) evaluation of program outcomes. Data collection involved three methods: 1) extraction from the patient's general records; 2) utilization of the Thai version of the Edmonton Symptom Assessment System; and 3) implementation of the Thai version of the Palliative Care Outcome Assessment Scale. Validation tests using Cronbach's alpha coefficients were conducted for both the Edmonton Symptom Assessment System and the Palliative Care Outcome Assessment Scale, resulting in scores of 0.76 and 0.73 (n=20), respectively. Descriptive statistics were applied for the analysis of general data, while paired t-tests were employed to compare perceptions of symptom-induced suffering and palliative care outcomes.

Main findings : Following program participation, patients exhibited a notably reduced average score in symptom-induced suffering ($t=11.793$, $p<.001$) and a significantly elevated average score in the perception of palliative care quality ($t=-44.819$, $p<.001$).

Conclusion and recommendations : The utilization of this case-based nursing care plan is recommended in palliative care centers as an effective approach for mitigating symptom pain and enhancing the perceived quality of palliative care for patients.

Keywords : Case-Based Management Nursing Care Plan; Symptom pain; Quality in palliative care

บทนำ

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ โดยผู้ป่วยระยะท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด ภาวะงอแง หายใจลำบาก ซึมเศร้าและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ² ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละบุคคล³ ดังนั้น การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริงและสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมินและให้การรักษาระยะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย⁴ ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหากและมักถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้าย ๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม⁵ การดูแลมุ่งเน้นที่การรักษามากกว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิภาวะ สภาพทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านพยาบาล เช่น อายุและประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ระยะท้าย ระบบบริการและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ⁶ และในปัจจุบันหลายหน่วยงานได้กำหนดรูปแบบวิธีการดำเนินงาน การดูแลแบบประคับประคองไว้เพื่อเป็นมาตรฐาน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและเชื่อมโยงสู่ชุมชน ซึ่งการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองดังกล่าวจะยังคงมุ่งเน้นไปยังผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิตในระยะต่างๆ ตามเกณฑ์การประเมิน Palliative Performance Scale ในต่างประเทศได้มีการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและสามารถวางแผนการดูแลได้ด้วยตนเอง⁷ การศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ พบว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแลแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในระยะวิกฤติและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว⁸

การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกระบวนการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อการติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณี โดยมีการประเมินปัญหาและสถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย การดูแล การวางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน การส่งต่อ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูล ความรู้ ได้รับการพัฒนาทักษะ ความสามารถในการดูแลตนเองและการตัดสินใจจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล⁹ นอกจากนี้ รูปแบบบริการการจัดการรายกรณีสามารถช่วยควบคุมอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว¹⁰ ดังนั้น การจัดการรายกรณี จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม¹¹ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาความต้องการการดูแลที่หลากหลายมิติของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลมีหน้าที่หลักในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแล การอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลรพชบุรีที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 มีการอบรมพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาระบบการดูแลที่บ้าน เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้าย มีแนวทางการวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อตอบสนองความต้องการตามสิทธิผู้ป่วยและญาติ โดยจัดการบริการดูแลในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ จัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลที่บ้านและเชื่อมต่อเครือข่ายในชุมชน เน้นการดูแลแบบองค์รวมครบทุกมิติตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับ Service Plan ที่มีนโยบายและตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การเข้าถึงกลุ่มยา Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะการณจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความทุกข์ทรมาน ประกอบกับมีการเตรียมการสำหรับผู้ป่วยและญาติหากต้องกลับไปดูแลที่บ้านแต่อย่างไรก็ตาม การดูแลยังไม่สามารถครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลที่เป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามอาการรบกวนและสภาพจิตใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลและไม่มีการบันทึก ดังนั้น จึงไม่สามารถที่จะประกันคุณภาพบริการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทำงานได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อการรับรู้การจัดการอาการปวดและคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้จากความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและการรับรู้คุณภาพการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre- Post Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการสั่งใช้ยา Opioids และได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลรพชบุรีจังหวัดร้อยเอ็ด และศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 20 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรคและแพทย์ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยมีระดับคะแนน PPS (The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40–100 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.210 โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) .53 กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของกิตติกร นิลมานัตและกัลยา แซ่ชิต¹² คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย และคำนวณ Drop out ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 ราย เพื่อป้องกันการหล่นหายของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยตามตอน ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรม

แล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2. ประเมินและวินิจฉัยปัญหา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบ ประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr) และแบบประเมิน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

3. วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย แนวทางการควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลประเด็นปัญหา ประสานองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. ดำเนินการตามแผนการพยาบาลจัดการรายกรณี และติดตามเยี่ยมบ้าน

5. ประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนพยาบาลจัดการรายกรณีโดยการตอบแบบสอบถามหลังการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้ายและการรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Care Performance Scale for Suandok)¹³ แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งจะใช้ในการประเมินผู้ป่วย 5 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว ซึ่งคะแนนระดับความสามารถมีตั้งแต่ 0 -100 แปลผลแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 70% - 100% ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีอาการคงที่ ระดับ

40% - 60% ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และระดับ 0 - 30% ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr)¹⁴ เพื่อประเมินระดับความรุนแรง⁹ อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มีระดับคะแนน 0 ไม่มีอาการนั้นเลยและ 10 รู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงที่สุด โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง ซึ่งแบบประเมิน ESASr ที่นำมาใช้เป็นฉบับแก้ไขจาก ESAS ฉบับดั้งเดิม ในส่วนของการเรียงข้อความคำถามของอาการซึ่งมีฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลรามารัตติ

1.4 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) เป็นแบบประเมินที่ได้รับใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล¹⁵ แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลฉบับภาษาไทย¹⁶ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนเป็นคำถามปลายปิด 10 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการรบกวน ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การได้รับข้อมูล ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0-4 คะแนน แต่ละข้อมีการระบุเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน และแตกต่างกันตามประเด็นข้อความและข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมาและข้อที่ 12 เป็นข้อความคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเองหรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีอาการรบกวนต่าง ๆ น้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเป็นแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงตามขั้นตอน

การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิกลุนท์ซัยพันธ์ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปแนวทางพยาบาลฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี

2.2 คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพาจัดทำโดยฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹⁷

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 2 ท่าน และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษาตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะและได้ตรวจสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ในการนำไปใช้ โดยการนำแนวปฏิบัติฯ และคู่มือที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งขอคำปรึกษายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวปฏิบัติฯ และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76 และ .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2) เมื่อได้รับการพิจารณารับรองแล้ว ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรวิชัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เมื่อได้รับการอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย 4) ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกช่วยคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ และ 5) ดำเนินการวิจัยตามแผน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยการวิเคราะห์สถิติทีคู่ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 หมายเลขรับรอง COE0812566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับการรักษาความลับของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (50.0%) และเพศชาย (50.0%) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี (40.0%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.08 ปี (SD.=11.70) สถานภาพสมรสคู่ (66.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (70.0%) นับถือศาสนาพุทธ (100.0%) สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นสิทธิบัตร

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (76.7%)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง (100.0%) พบเป็นมะเร็งตั้ง (26.7.0%) ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ ระยะท้ายประมาณ 3 เดือน (23.3.0%) เป็นการรักษาเพื่อ บรรเทาอาการมากที่สุด (66.7%) โดยพบว่าผู้ป่วย มีระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิต ประจำวัน (PPS) ระหว่าง 30-50 คะแนน และ 50-70 (46.7.0%) และมีระดับคะแนนความสามารถในการ

ดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (PPS) ระหว่าง 50-70 คะแนน (6.70%)

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วย ระยะท้าย ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ ทรมานลดลง 0.79 คะแนน (95% CI: 1.45, - 4.10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณี (n=30)

การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ	Mean(SD.)	Mean Difference	95% CI	P
ก่อนเข้าโปรแกรม	1.81(0.37)	0.79	1.45, - 4.10	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	1.02(0.06)			

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าก่อน การเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้าย เพิ่มขึ้น 1.57 คะแนน (95% CI: -1.49, -1.67) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผน พยาบาลจัดการรายกรณี (n=30)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแล	Mean(SD.)	Mean Difference	95% CI	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.85(0.18)	1.57	-1.49, -1.67	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	4.42(0.07)			

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้คุณภาพการดูแล ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม การวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ออาการปวด และการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า คะแนน ผลลัพธ์การรับรู้คุณภาพการดูแล ของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการวางแผน การพยาบาลจัดการรายกรณีต่ออาการปวดและรับรู้ คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา (Mean=5.00, SD.=0.00) รองลงมาเป็นระดับมาก ได้แก่ มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจหรือซักถามกับแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ การที่ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือตามการร้องขอ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การที่ได้มีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือ

ไม่ทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของผู้ป่วย การได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากพยาบาลและทีมสุขภาพและการได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean =4.67, SD. =0.50) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อแผนการพยาบาลจัดการอาการปวดและการรับรู้คุณภาพการดูแลหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี (N=30)

ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล	Mean(SD.)	แปลผล
1. ได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของผู้ป่วย	4.53(0.73)	ระดับมาก
2. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.70(0.59)	ระดับมาก
3. ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือตามการร้องขอ	4.73(0.52)	ระดับมาก
4. พึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือไม่ทุกข์ทรมาน	4.53(0.73)	ระดับมาก
5. มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจหรือซักถามกับแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ	4.93(0.36)	ระดับมาก
6. ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากพยาบาลและทีมสุขภาพ	4.46(0.62)	ระดับมาก
7. ท่านมีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	4.70(0.47)	ระดับมาก
8. ท่านได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา	4.43(0.50)	ระดับมาก
9. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา	5.00(0.00)	ระดับมากที่สุด
โดยรวม	4.67(0.50)	ระดับมาก

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่มีคะแนน PPS อยู่ที่ 30-50 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้าย มีการลุกลามของโรค และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล อาการทางกายที่รบกวนผู้ป่วย เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยระยะท้าย¹⁸⁻¹⁹ การจัดการรายกรณีจึงเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่ง

โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลสุขภาพในฐานะตัวแทนของผู้ป่วยในการประเมิน วางแผน อำนวยความสะดวกและพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการผ่านการประสานงาน และความร่วมมือการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดของผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้

ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย¹² ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเน้นการบรรเทาและควบคุมอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องวางแผนประเมินภาวะสุขภาพ แผนการดูแลและการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสื่อสารการดูแลกับทีมสหวิชาชีพให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่ดีมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ออาการปวดและรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่กำหนดขึ้นเป็นการจัดการอาการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยกิจกรรมทางด้านร่างกาย เน้นการบรรเทาอาการความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น สำหรับทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เน้นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น การที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้มั่นใจได้ว่าเมื่ออยู่ที่บ้านผู้ป่วยและญาติก็จะช่วยกันดูแลและจัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้²⁰ โดยบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประกอบด้วย การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การสอนและการให้คำแนะนำ การประสานงาน การส่งต่อ

ข้อมูลเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอาการทางกายและจิตใจได้ครบถ้วน ทั้งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การเยี่ยมบ้านหรือการติดต่อให้ข้อมูลทางไลน์หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่สามารถสื่อสารกันได้ง่าย ซึ่งการได้รับการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย^{9-10,21-22} และการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่พบว่า การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมช่วยเพิ่มความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย²³

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยระยะท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มการรับรู้ถึงคุณภาพการดูแล ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อแก้ปัญหาและดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ และการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในระยะยาว และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประกาศ เจริญราษฎร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ และสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา, ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์ และ

นางสาวนิรฐา ยะราไสย์ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนสำเร็จลุล่วง ด้วยดีและทำยนี้ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวผู้ร่วม โครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ออกาสในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- สถาพร สีสานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย ระยะสุดท้าย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับ บุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหาร ผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
- WHO. WHO definition of palliative care [Internet]. 2005 [cited 2014 Jan 31]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ วิทยาลัยพยาบาล. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. เสี่ยงสะท้อนจากพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์. 2547;11(2):36-46.
- Ferrell B R, Temel J S, Temin S, Alesi E R, Balboni T A, Basch E M, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112.
- ศุภย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Handbook for palliative guidelinds NHK, U.K. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. การจัดการกรณีในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย. วารสารพยาบาลสาร. 2558;42(1):153-58.
- Ozelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients With cancer. Am J Hosp Palliat Med. 2014;31(6):655-64.
- Plas A G M, Onwuteaka-Philipsen B D, Watering M, Jansen W J, Vissers K C, Deliens L. What is case management in palliative care? An expert panel study. BMC Health Serv Res. 2012;12:63.
- กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการ พยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อ ความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการ ดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):51-66.
- Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing G M, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med. 2012;26(8):1034-41.
- Watanabe S M, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multi-centre comparison of two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2011;41(2):456-68.
- Collins E S, Witt J, Bausewein C, Daveson B A, Higginson I J, Murtagh F E M. A systematic review of the use of the Palliative Care Outcome Scale and the support team

- assessment schedule in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(6): 842-53.e19.
16. Sapinan L. Manual for Palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher; 2013.
17. ลดารัตน์ สานันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS). ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
18. Chotetanaprasit N. Common symptoms in cancer patients referred to palliative care department. *Bulletin of the Department of Medical Services.* 2014;39(1):1-6.
19. Chaithanasarn A. Manual of end of life care and family. Bangkok: Beyond enterprice company; 2016.
20. Lo C, Hales S, Rydall A, Panday T, Chiu A, Malfitano C, et al. Managing cancer and living meaningfully: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16:391.
21. Aiken L S, Butner J, Lockhart C A, Volk-Crafy B E, Hamilton G, Williams F G. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare Intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. *J Palliat Med.* 2006;9(1):111-25.
22. Head B A, LaJoie S, Augustine-Smith L, Cantrell M, Hofmann D, Keeney C, et al. Palliative care case management increasing access to community-based palliative care for medicaid recipients. *Prof Case Manage.* 2010;15(4): 206-17
23. Sumruayphol P, Ratchukul S. Effects of case management in patients with breast cancer on patient's satisfaction in services and perceived professional value of staff nurses. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University.* 2015;27(1):95-109.