ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล

นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT COMBINED WITH PALLIATIVE CARE MODEL IN PATIENTS WITH METASTATIC CANCER ON LENGTH OF STAY AND QUALITY OF NURSING CARE

Miss Unchan Sottiluk

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2016

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล
โดย	นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

อัญชัญ โสตถิลักษณ์ : ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล (EFFECTS OF CASE MANAGEMENT COMBINED WITH PALLIATIVE CARE MODEL IN PATIENTS WITH METASTATIC CANCER ON LENGTH OF STAY AND QUALITY OF NURSING CARE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์, 181 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบระดับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลตามปกติ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง 10 คน คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจัดเข้ากลุ่มที่ใช้เกณฑ์เปรียบเทียบโดยวิธีการจับคู่ ตามรายโรค อายุ เพศ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โครงการอบรม แผนการดูแลผู้ป่วย และคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.90 และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิตินอนพาราเมตริก Mann-Whitney U test และ Wilcoxon matched -pairs signed-ranks test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังหลัง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมทุกด้านหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองดีกว่าการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2559 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5577335936 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION
KEYWORDS: CASE MANAGEMENT / PALLIATIVE CARE / METASTATIC CANCER / LENGTH OF STAY / QUALITY OF NURSING CARE

UNCHAN SOTTILUK: EFFECTS OF CASE MANAGEMENT COMBINED WITH PALLIATIVE CARE MODEL IN PATIENTS WITH METASTATIC CANCER ON LENGTH OF STAY AND QUALITY OF NURSING CARE. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D., 181 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were to compare the length of stay in hospital of patients with metastatic spine and quality of care as perceived by nurses after using case management model with palliative care in Spinal unit Siriraj hospital. The research subject composed of 10 nurses who worked in Spinal unit and 10 patients who had diagnose of metastatic spine , case selected using matched with variable for disease, age, gender and level of activity of patients receiving palliative care (palliative performance scale). The research instrument were consisted of training project of case management model with palliative care, clinical pathway, manual for metastatic spine patient, observation form of nursing practice, length of stay in hospital record and questionnaire for quality of nursing care, tested for content validity by the five experts, the validity were 0.90 and reliability coefficient Cronbach alpha were 0.87. Data were analyzed by using standard deviation, statistical parametric Mann-Whitney U test and Wilcoxon matched - pairs signed-ranks test.

The results of this study revealed that

1. The length of stay in hospital of patients with metastatic spine after using a case management model for patients with palliative care was less than criteria as usual care. The level of statistical significance. 05.

2. Quality as perceived by nurse after using a case management model for patients with palliative care was better than criteria as usual care. The level of statistical significance. 05.

Field of Study: Nursing Administration Student's Signature .....

Academic Year: 2016 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตาและความช่วยเหลือจากอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความรู้ชี้แนะแนวทางในการพัฒนากระบวนการคิด การเรียนรู้ การวางแผนการทำงาน การฝึกฝนทักษะในการเขียน อ่าน รวมทั้งทักษะในการใช้ชีวิต ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใยและความปรารถนาดี เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด รองศาสตราจารย์.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ อาจารย์นายแพทย์มนต์ชัย เรืองชัยนิคม และนางสาวสุรีย์ ลี้มงคล ที่กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ให้เครื่องมือมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

สารบัญ

หน้า

หน้า

หน้า

สารบัญตาราง

หน้า

หน้า

สารบัญภาพ

หน้า

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด โดยมีเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Hospital Accreditation) ร่วมกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพในด้านการพยาบาลของสภาการพยาบาล รวมไปถึงการกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 และแผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ. 2555–2559 ซึ่งมีนโยบายที่สอดคล้องกันในการส่งเสริมให้มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค และสามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ ของผู้รับบริการอย่างถูกต้องปลอดภัยและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งสร้างความพึงพอใจในบริการ เกิดการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลทุกแห่งมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ได้มาตรฐานที่กำหนด กล่าวคือการให้ความสำคัญและมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลที่มีมาตรฐาน เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ถือปฏิบัติ ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการบริการ มีความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการรักษาดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สภาการพยาบาล, 2548)

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจในการพัฒนาและมีเป้าหมายที่จะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในระดับสากล จากสถิติของโรงพยาบาลศิริราชพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง รองลงมาได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช, 2557) โดยมะเร็งที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สามารถแพร่กระจายไปได้หลายตำแหน่ง ได้แก่ ปอด ตับ และกระดูก เมื่อเกิดการลุกลามมาที่กระดูกตำแหน่งที่พบได้บ่อยเป็นกระดูกบริเวณแกนกลางของร่างกาย ได้แก่ กระดูกสันหลัง (บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556) โดยชนิดของมะเร็งที่แพร่กระจายไปที่กระดูกสันหลังได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ และมะเร็งเต้านม (Fattal, 2009; Slocombe & Boynes, 2005) ซึ่งเมื่อมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลังจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดที่เกิดจากการกดทับเส้นประสาท มีอาการชาหรือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงของแขนและขาสูญเสียความรู้สึกและการควบคุมการเคลื่อนไหว รวมทั้งการสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (Eva, Paley, Miller, & Wee, 2009; Slocombe & Boynes, 2005; Wamock, 2014) บางรายเกิด

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้ารับการรักษา เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ รวมถึงระบบประสาทรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหวลดลง (Fattal, 2009; บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556) ทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันไม่สามารถดูแลตนเองได้ และต้องพึ่งพาบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดกลัวการสูญเสียบทบาทและภาพลักษณ์ กลัวจะเป็นภาระแก่คนอื่น และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน และมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงของโรคโดยแบ่งตามระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 4 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งกระจายและลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และมีอาการของโรคอย่างมาก พบว่าหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโดยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกทั้งเพศหญิงและเพศชายและมีอาการนำที่ต้องมาโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการปวดหลัง ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากลักษณะการปวดที่มีลักษณะจำเพาะคือ ปวดแม้กระทั่งหยุดพัก และทวีความปวดรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งรบกวนการนอนหลับ นอกจากนี้หากมีการกดทับไขสันหลังหรือเส้นประสาทในบริเวณที่ก้อนเนื้องอกอยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการชาหรือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงของแขนและขา สูญเสียความรู้สึกและการควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการชาหรือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับที่ต่างกันที่ก้อนเนื้องอกเจริญอยู่ และทำให้เกิดพยาธิสภาพของร่างกายในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสำคัญมาก เพราะจะมีผลต่อการตัดสินใจถึงความเร่งด่วนในการรักษา พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนมากจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อช่วยลดการกดทับของระบบประสาทและไขสันหลัง ทั้งนี้แนวทางการรักษาผู้ป่วยในระยะแพร่กระจายนี้มีความมุ่งหวังเพื่อการบรรเทาอาการ เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีการกระจายของโรคมะเร็งมากเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้ วัตถุประสงค์การรักษาจึงเพื่อช่วยให้ยืดระยะเวลาการอยู่รอดและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว (พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2553)

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ผ่านมาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช มีการจัดรูปแบบการพยาบาลแบบการมอบหมายงานเป็นทีม (Team nursing) ร่วมกับมอบหมายตามหน้าที่ (Functional nursing) โดยแบ่งทีมการดูแลเป็น 2 ทีม และมีการมอบหมายงานพยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาล

ผู้ป่วยเช่น การบริหารยา การดูแลความสะอาดร่างกาย การบันทึกรายงานการพยาบาล เป็นต้น โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมร่วมวางแผน ปรึกษาการติดตาม การประเมินผล และติดต่อประสานงาน รับคำสั่งการรักษาโดยรับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่ให้การดูแล ทั้งกระบวนการพยาบาล จากการปฏิบัติงานพบว่าพยาบาลยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองไม่ชัดเจน เนื่องจากการทำงานแบบทีม พยาบาลจะหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวม จากรูปแบบการดูแลดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลมีปัญหาในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดปัญหาคุณภาพบริการพยาบาลทั้งในด้านกระบวนการดูแลและปัญหาในด้านผลลัพธ์ของการดูแลหลายด้าน เช่น ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความไม่มั่นใจและไม่พร้อมในการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลตลอดจนการเตรียมพร้อมกลับบ้าน ในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการจัดการกับอาการปวด นอกจากนี้ยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา และด้านการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทางหอผู้ป่วยยังไม่ได้กำหนดบุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแล เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลและติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังขาดการกำหนดแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งขาดแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลในด้านการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

จากปัญหาคุณภาพบริการดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการบริการพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเพียงพอ และครอบคลุมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนในโรงพยาบาลยาวนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงเมื่อเทียบเคียงกับข้อมูลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวนวันนอนนานโดยเฉลี่ย 34 วัน ในปี พ.ศ. 2557 และมีค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเฉลี่ย 225,000 บาท ต่อคน ในขณะที่ศูนย์

การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่าในปี พ.ศ.2555 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.68 วัน และข้อมูลสถิติจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายในสหรัฐอเมริกา พบว่าเพียง 7 วันเท่านั้น (Price, Stranges, & Elixhauser, 2012)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการพยาบาลในปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งการจัดระบบการดูแลนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กันทั่วไปมีหลายรูปแบบ และมีการจัดระบบที่มีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกันออกไป (ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และโรคเรื้อรัง พบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการและตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ต้องมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษาจนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (Powell, 2000; Powell & Tahan, 2010) โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้มีการประสานงานที่ดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ตลอดเวลาการดูแลรักษา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และทำให้การวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบ ทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) เห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สำคัญคือ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ลดการดูแลแบบแยกส่วนและเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานระหว่างทีมการดูแล โดยมีการปรับปรุงการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสร้างความพึงพอใจต่อการบริการรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในเลือกใช้รูปแบบการบริการ (Powell & Tahan, 2010) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ นิตยา พยุงธรรม (2551) ที่ศึกษาการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น สอดคล้องกับ วรรณี มาศศรี (2552) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น นอกจากนี้ Chen et al. (2013) ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

โรคมะเร็งโดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าสามารถช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอธิบายได้ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่วน Warnock et al. (2014) ศึกษาและจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังโดยมีการสร้างแบบแผนการดูแลผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิต และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น และเพทาย สำรวยผล (2553) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการมากขึ้น พยาบาลรับรู้ต่อคุณค่าวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการจัดบริการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งมีการลุกลามและมีอาการของโรคอย่างมาก การรักษาที่ได้เป็นเพียงการรักษาเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอดและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ดังนั้นรูปแบบการดูแลที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังควรได้รับจึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้อย่างครอบคลุม จากการศึกษาและทบทวนพบว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาอาการเจ็บปวด และปัญหาต่างๆด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยโรคและให้การดูแลรักษาเพื่อการวางแผนล่วงหน้าในการบรรเทาอาการเหล่านั้น (World Health Organization, 2014) นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วาสินี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ดียิ่ง, & จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) โดยหลักการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการประสานงาน และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไปเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลครอบครัวผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย จนถึงหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่ามีการบูรณาการรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ความสำคัญในการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีความต้องการ

การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม (Meier et al., 2004; Seow et al., 2008) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ozcelik, Karabulut, and Uyar (2014) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่าการให้การดูแลดังกล่าวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ การดูแลและควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน อาการอ่อนล้า อาการหายใจลำบาก เป็นต้น จากผลการทดลองเมื่อใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและลดอาการไม่สุขสบายต่างๆได้ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแลรักษาร่วมกัน นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการเนื่องจากช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย มีการจัดการอาการไม่สุขสบายด้านอารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งมีการให้ความรู้และให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาต่างๆ นอกจากนี้ Seow et al. (2008) ทำการศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการรักษา รวมทั้งมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการปวด ช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีกด้วย จากผลลัพธ์คุณภาพการดูแลตามรูปแบบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง แตกต่างจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติหรือไม่

2. คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังแตกต่างจากการพยาบาลแบบปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย

โรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาในการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ป่วยบางรายมีภาวะพิการจากการกดทับของกระดูกและไขสันหลัง และมีระยะการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale) ค่าคะแนนประเมิน เท่ากับ 30 - 60 % ซึ่งนับว่าเป็นระยะของการเปลี่ยนผ่านถึงระยะสุดท้าย และเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า ความสามารถและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งคุณภาพในการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นขณะยังมีชีวิตอยู่

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell and Tahan (2010) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เนื่องจากรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และมีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย 3) พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และการประสานงานการดูแลผู้ป่วย 4) การดำเนินการตามแผน 5) การประเมินและติดตามผล และ 6) การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตามประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ ซึ่งในขั้นตอนของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) ผู้วิจัยร่วมกันพัฒนากับทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

แพร่กระจายกระดูกสันหลังของ National Institute for Health and Care Excellence guideline (2008) เป็นแนวทางในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีกิจกรรมต่างๆประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการอาการปวด และอาการไม่สุขสบายต่างๆ รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำในเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานงานควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดูแล การทำงานภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทำให้เกิดการประสานงานที่ดี ไม่มีความซ้ำซ้อนกันในกิจกรรมการให้บริการ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุม พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะช่วยติดต่อประสานงาน แก้ไขปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความล่าช้า ผู้รับบริการจึงไม่ต้องเสียเวลานานในอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน ลดระยะเวลาในการตรวจรักษาและให้การพยาบาล ซึ่งการติดต่อสื่อสารและประสานงานนับว่าเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Owen, 2011) นอกจากนี้การจัดการผู้ป่วยรายกรณียังมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ต่อเนื่อง เข้าถึงการให้ความรู้ แผนการรักษา กระบวนการดำเนินโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ สร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรเพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพการบริการและการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Powell and Tahan, 2010)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เป็นการปฏิบัติการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และมีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการเจ็บปวด เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วาสินี วิเศษฤทธิ์ และคณะ, 2556) การดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ World Health Organization (2014) เป็นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึ่งคุกคามชีวิต โดยผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและปัญหาอื่นๆ ทางกายภาพ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งยังมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

จากลักษณะงานพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีความมุ่งหวังในการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง พยาบาลจึงควรนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ร่วมกับการดูแลโดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการรักษา มีความรู้และความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการปวด และอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยมีประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังโดยบูรณาการรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล สร้างความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล และส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง หลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง น้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

2. คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองดีกว่าการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช และพยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 10 คน โดยกำหนดคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่สุด โดยการจับคู่ (Matched pair) และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 10 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ จำนวนวันนอน และคุณภาพการพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การแสดงความรู้สึกนึกคิดของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะของบริการพยาบาล และประเมินได้จากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งใช้รูปแบบการดูแลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ผลลัพธ์โดยรวมของบริการพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย การจัดการกับความเจ็บปวด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2) ประสิทธิภาพในการใช้เวลา หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลของการจัดการ ในการใช้ระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดต่อประสานงานแก้ไขปัญหามีความรวดเร็วมากขึ้น และมีการใช้ระยะเวลาได้อย่างเหมาะสมกับกิจกรรมแต่ละขั้นตอน

3) ประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการประเมินผลการจัดการดูแล การสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาการปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์

4) ประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลการจัดการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูล ได้รับคำแนะนำในการดูแลก่อนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับภาวะสุขภาพตามแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งมีแผนการติดตามหลังจำหน่ายและส่งต่อ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

2. จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นับตั้งแต่เวลาที่รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งถึงเวลาที่ผู้ป่วยจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน โดยใช้เวลา 0.00 น. เป็นมาตรฐานในการแบ่งวันที่นอนในโรงพยาบาล

3. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย หมายถึง กระบวนการและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการอบรมการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการกำกับติดตามผลการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแล และกระบวนการดูแลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell and Tahan (2010) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดของ World Health Organization (2014) และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของ National Institute for Health and Care Excellence guideline (2008)

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งชายและหญิง และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยการผ่าตัด และกำหนดระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale) เท่ากับ 30 - 60 %

1.2 สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยการแนะนำตัวแสดงความเป็นมิตร รวมทั้งแนะนำสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะเข้าพักรับการรักษา และสิทธิ์การรักษา

1.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย

1.4 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันพัฒนาวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลาและผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย

และลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษาและการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลแลประคับประคองด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลละประเมินผลการพยาบาลโดยให้การดูแลร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ WHO (2014) โดยมีหลักการดูแลดังนี้

1) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติของปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกแนวทางการดูแลตนเองให้ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งดูแลช่วยเหลือเพื่อลดและบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

3) ให้การดูแลเน้นความสุขสบายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆที่เป็นปัญหา

4) ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีชีวิตถึงภาวะใกล้ตายว่าเป็นเรื่องปกติและเรื่องธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยพยายามใช้ชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขระหว่างการรักษา

5) ให้การดูแลโดยการประเมินและค้นหาความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจเพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

2.2. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล และขั้นตอนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย ระหว่างดำเนินการตามขั้นตอนหากพบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และดำเนินการตามแนวทางนั้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เฝ้าระวังประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับพยาบาล และทีมสหสาขาในการวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลสอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ครอบคลุมถึงการดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการให้ข้อมูลกรณีเกิดภาวะอาการฉุกเฉิน เช่น อาการปวดที่มากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น

3.2 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลการรักษาที่ก่อให้เกิดประโยชน์ ร่วมเลือกสถานที่ดูแลหรือสถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย หรือเมื่อเสียชีวิต

3.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีการประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องในการส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน

3.4 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินและประสานงานจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น เตียงนอน รถเข็น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น

3.5 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม กำหนดให้มีช่วงเวลาในการติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์และหลังจำหน่าย 1 เดือน ซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์สอบถามเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพ อาการรบกวนที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และสอบถามถึงแนวทางการจัดการกับปัญหาเมื่อพบอาการผิดปกติ การใช้แหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล หรือสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ให้ข้อมูล และแนวทางการจัดการปัญหาที่ถูกต้องครบถ้วน จดบันทึกสรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแล

4. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช และมีหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหน้าที่ คัดเลือกผู้ป่วย ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย วางแผนดูแลรักษา

และการนำแผนการดูแลผู้ป่วย มาดำเนินการประสานงานกับทีมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5. แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) หมายถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังและแผนการพยาบาลที่ร่วมกันจัดทำในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยร่วมกันกำหนดกิจกรรมการดูแลรักษาประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง(Expected outcome) การประเมิน (Assessment) การวินิจฉัยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab/Investigation) การให้ยา (Medication) โภชนาการ (Nutrition) กำหนดกิจกรรม (Activity) การให้ความรู้ (Teaching) การวางแผนการจำหน่าย (Discharge plan) และการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Psychosocial)

6. การพยาบาลแบบปกติ (Conventional nursing care) หมายถึง วิธีการและแนวทางของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังก่อนและหลังผ่าตัดตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละเวร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย โดยใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเป็นทีมและการจัดบริการพยาบาลตามหน้าที่ ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบปกติที่บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติเป็นปกติกับผู้ป่วยทุกคน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการกำหนดนโยบายการปรับรูปแบบการมอบหมายงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลศิริราช
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาล
5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    5.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    5.2 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    5.3 แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    5.4 องค์ประกอบ และการดำเนินการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    5.5 การดำเนินการตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    5.6 บทบาทและหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี
    5.7 ขั้นตอนและการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้
    5.8 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
6. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
7. แนวคิดคุณภาพการพยาบาล
    7.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล
    7.2 องค์ประกอบคุณภาพการพยาบาล
    7.3 การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล
    7.4 มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย
8. แนวคิดจำนวนวันนอน
9. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อคุณภาพการพยาบาล

10. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

12. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. บริบทโรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิชั้นสูง ให้บริการผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกันและฟื้นฟู ผู้ป่วยส่วนมากที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน จึงมีความจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแล การตรวจรักษา และการวินิจฉัยโรค ทั้งยังเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพ ศึกษาวิจัย เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีพันธกิจที่จะจัดการศึกษา เพื่อผลิตบัณฑิตและบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำการวิจัยสร้างบรรยากาศทางวิชาการ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม ทันสมัยและได้มาตรฐานสากล สอดคล้องกับความต้องการและนำมาซึ่งศรัทธาและความนิยมสูงสุดจากประชาชน รวมทั้งทำให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลศิริราชมีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการบริหารโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นความเป็นเลิศในหลายด้าน ได้แก่ ความเป็นเลิศด้านการศึกษา ความเป็นเลิศด้านวิจัยและวิชาการ ความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์ องค์กรที่มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์และองค์กรแห่งการเรียนรู้ ด้านการสื่อสารองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งในด้านการบริการทางแพทย์นับว่าเป็นนโยบายที่สำคัญโดยตรงกับผู้ป่วย โรงพยาบาลมีเป้าหมายและกำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้การรักษาและบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานสูงตามระดับสากล รวมทั้งจัดระบบบริการและสร้างเครือข่ายของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซับซ้อนอย่างครบวงจร โดยแบ่งระดับบริการและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล เป็นผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเฉพาะทางของสาขาวิชาต่างๆ ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์ จักษุวิทยา จิตเวชศาสตร์ รังสีวิทยา วิสัญญีวิทยา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม เวชศาสตร์ฟื้นฟู ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โสตนาสิกลาริงซ์วิทยา อายุรศาสตร์ งานทันตกรรม นิติเวชศาสตร์ ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ และสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีจำนวนเตียงผู้ป่วยในที่เปิดให้บริการ 2,203 เตียง

ฝ่ายการพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญและมีขอบเขตความรับผิดชอบ โดยเป็นศูนย์กลางบริหารงานบริการพยาบาล บริการวิชาการและบริหารงานบุคลากร ดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารฝ่ายพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการ

พยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลทุกสาขา มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ครอบคลุมทางด้านความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการพยาบาลในระดับตติยภูมิ มีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพการบริการที่สำคัญเพื่อตอบรับนโยบายของโรงพยาบาลและสร้างระบบบริการด้วยมาตรฐานสากล พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่า รวมทั้งมีนโยบายในการสร้างเครือข่ายด้านการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนและมีปัญหาสังคม ซึ่งนับว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญของการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและความปลอดภัยสูงขึ้น เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษามีจำนวนมากขึ้นเป็นผู้ป่วยโรคซับซ้อน รวมทั้งสังคมมีความต้องการและความคาดหวังต่อบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้น (ประชิด ศราธพันธุ์, 2557) ในปัจจุบันบุคลากรภายใต้การดูแลของฝ่ายการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาล 3,127 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2,251 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 22 คน เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป 22 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 241คน และพนักงานทั่วไป 761 คน รวม 6,424 คน และแบ่งเป็น 11 งานการพยาบาล 171 หอผู้ป่วยที่ทำการดูแลผู้ป่วยใน การบริหารจัดการแต่ละหอผู้ป่วย ยึดหลักนโยบายจากฝ่ายการพยาบาลและบริหารจัดการตามความเหมาะสม ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นการบริหารจัดการโดยการมอบหมายงานแบบทีมและแบบทำงานตามหน้าที่

1.1 ขอบเขตการบริหารงานพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราชเป็นหน่วยงานในความรับผิดชอบของงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์ มีขอบเขตการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งมีการตอบรับนโยบายในการบริหารจัดการ เพิ่มการรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังมากขึ้น โดยมีหน้าที่ให้ได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รวดเร็วได้มาตรฐานปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ รวมถึงให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจจากความพิการ เสริมพลังความสามารถผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีกำลังใจเกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพของผู้ป่วย โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งหมด 16 เตียง ลักษณะเป็นเตียงที่รับเป็นผู้ป่วยระยะวิกฤตจำนวน 5 เตียง ผู้ป่วยเตียงสามัญ 8 เตียง และผู้ป่วยห้องพิเศษ 3 ห้อง มีการบริหารอัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงาน สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย แบ่งตามลักษณะเตียงที่รับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยระยะวิกฤต เวรเช้า 1:1-2 เวรบ่าย 1:2 และเวรดึก 1:3 และผู้ป่วยเตียงสามัญและผู้ป่วยพิเศษมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย เวรเช้า 1:4 เวรบ่าย 1:8-10 และเวรดึก 1:8–10 โดยมีพยาบาลขึ้น

ปฏิบัติงานรวมทั้งหมดเวรเช้า 5 คน เวรบ่าย และเวรดึกเวรละ 3 คน โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังภายในหอผู้ป่วย ดังนี้

1) การรับผู้ป่วยใหม่จากหน่วยงานผู้ป่วยนอกหรือโรงพยาบาลอื่นโดยมีการเตรียมก่อนรับผู้ป่วยด้านการรับและส่งต่อข้อมูล เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการดูแลขณะแรกรับ การประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การพยาบาลเบื้องต้น แจ้งสิทธิผู้ป่วย และตรวจสอบหลักฐาน

2) การดูแลรักษาพยาบาล ด้านกิจกรรมพยาบาลโดยมีการบันทึกทางการพยาบาล การส่งตรวจวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่นการป้องกันการติดเชื้อ ปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนทางยา การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการพลัดตก หกล้ม ส่วนด้านการบริการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3) การเตรียมจำหน่าย มีการให้ความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ประเมินความเข้าใจก่อนกลับบ้าน ด้านการประสานงาน สรุปการนัดหมายจากแพทย์ต่างแผนก เตรียมยา เบิกยากลับบ้าน เตรียมใบนัดตรวจ ใบตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจำหน่ายผู้ป่วยตามคำสั่งของแพทย์

ในการปฏิบัติงานมีการจัดรูปแบบการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลตามหน้าที่ และระบบการทำงานเป็นทีม โดยแบ่งทีมการดูแลเป็น 2 ทีม ภายในทีมมีการมอบหมายงานพยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งภายในทีมประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าทีม และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั่วไป สำหรับหน้าที่พยาบาลหัวหน้าทีมมีหน้าที่รับผิดชอบให้บุคลากรในทีมปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ร่วมวางแผน ปรึกษา ติดตาม ประเมินผล และติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยรับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่ให้การดูแล ทั้งกระบวนการพยาบาล ส่วนพยาบาลปฏิบัติงานมีหน้าที่ ในการบริหารยาฉีด และยารับประทาน การดูแลความสะอาดร่างกาย การบันทึกรายงานการพยาบาล การเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ รวมทั้งการช่วยแพทย์ในการทำหัตถการพิเศษต่างๆ เป็นต้น ซึ่งพบว่ารูปแบบการพยาบาลในปัจจุบันมีข้อจำกัดของเวลาที่พยาบาลมุ่งปฏิบัติงานให้ทันเวลา มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันในแต่ละวันทุก 8 ชั่วโมง ทำให้การประเมินปัญหาความต้องการ การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้ และทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มโรคสำคัญและพบมากเป็นอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. 2557 นั้นผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดซึ่งเมื่อรับเข้าไว้ในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการผ่าตัดทันที

เนื่องจากภาวะของโรคที่มีการกดทับของเนื้องอกไปที่กระดูกสันหลัง ผู้ป่วยจึงได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนการผ่าตัดที่เร่งด่วน ซึ่งทำให้ในบางรายพบปัญหาขาดการให้ข้อมูลประเมินความต้องการและเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับ นอกจากนี้จากการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังซึ่งเป็นรูปแบบการมอบหมายการทำงานเป็นทีมและการดูแลตามหน้าที่ พบว่าการมอบหมายงานในรูปแบบดังกล่าว มีข้อจำกัดของเวลาที่พยาบาลมุ่งปฏิบัติงานให้ทันเวลาทำให้การประเมินปัญหาความต้องการการวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดปัญหาคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งพบว่ามีปัญหาในด้านผลลัพธ์ของการดูแลในหลายด้าน เช่น ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความไม่มั่นใจและไม่พร้อมในการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลตลอดจนการเตรียมพร้อมกลับบ้าน ในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการจัดการกับอาการปวด นอกจากนี้ยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา และด้านการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทางหอผู้ป่วยยังไม่ได้กำหนดผู้ประสานการดูแล และแนวทางการปฏิบัติสำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งยังขาดแนวทางปฏิบัติ การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลในด้านการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาล ศิริราช มีจำนวนวันนอนนานถึง 34 วัน

จากปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งนับว่าเป็นโรคเรื้อรังและมีปัญหาในการดูแลที่ซับซ้อน พบว่าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับรูปแบบการดูแลที่ดีมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการกำหนดรูปแบบการบริการที่มีคุณภาพดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลากหลายวิชาชีพที่ต้องร่วมกันให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาลตามความคาดหวัง ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองและมีความพึงพอใจในบริการ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

1) พยาธิสภาพของโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

มะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังนับว่าเป็นมะเร็งขั้นลุกลามที่เกิดการกดเบียดและบีบอัดของเส้นประสาทไขสันหลัง (Warnock et al., 2014) โดยตำแหน่งของกระดูกสันหลังส่วนอกเป็นตำแหน่งที่มะเร็งแพร่กระจายมามากที่สุด และกลุ่มอายุของผู้ป่วยที่มับพบมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลังมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 40 -70 ปี (Harel & Angelov, 2010) จากการศึกษาถึงช่วงอายุที่เกิดโรคพบว่าเป็นช่วงอายุในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ โดยอายุยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการตัดสินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคของผู้ป่วยในช่วงวัยนี้เนื่องจากการทำงานของเซลล์ต่างๆ จะเสื่อมลง กิจกรรมต่างๆของเซลล์จะลดน้อยตามวัย การตายของเซลล์มีมากขึ้นทำให้การปรับตัวต่างๆ ของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงช้าหรือไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร (รวีวรรณ เล็กวิลัย, 2548) ดังนั้นจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังซึ่งมีช่วงอายุอยู่ในวัยดังกล่าวจะมีภาวะการเสื่อมของเซลล์ต่างๆในร่างกาย ซึ่งน่าจะใช้ระยะเวลาการฟื้นคืนหายจากโรคได้ช้า และเกิดภาวการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รวดเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

มะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง แบ่งออกได้เป็นสองกลุ่ม คือ

(1) มะเร็งที่แพร่กระจายมาอยู่ภายในเยื่อหุ้มไขสันหลัง (intradural lesion) พบได้ค่อนข้างยาก 5– 10 % ซึ่งมีการแพร่กระจายมาจากทางเส้นเลือดนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง และมีการเจริญเติบโตไปตามรากประสาทจากมะเร็งที่กระจายจากด้านข้างกระดูกสันหลัง ซึ่งมะเร็งชนิดนี้มักแพร่กระจายมาจาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด

(2) มะเร็งที่แพร่กระจายมาอยู่นอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง (extradural lesion) พบได้มากที่สุดถึง 90-95 % ซึ่งสาเหตุการเกิดเนื่องจากมีการลุกลามของเนื้องอกบริเวณ vertebral column และ intervertebral foramina หรือการเกิดเนื้องอกบริเวณตำแหน่งช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง ซึ่งมะเร็งชนิดนี้มักแพร่กระจายมาจาก มะเร็งตับ และมะเร็งปอด

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากความทุกข์ทรมานที่เกิดตามมาจากผลแทรกซ้อนของตัวโรค การให้การวินิจฉัยที่รวดเร็วแม่นยำจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (พิทวัส ลีละพัฒนะ, 2557) มะเร็งทุกชนิดสามารถแพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลังได้ มะเร็งที่พบการกระจายมาที่กระดูกสันหลังคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมธัยรอยด์ มะเร็งไต มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งที่มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์เม็ดเลือด (Slocombe and Boynes, 2005; Fattal et al., 2009) มะเร็งทุกชนิดสามารถแพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลังได้โดยการแพร่ทางระบบเลือด และทางระบบน้ำเหลือง ซึ่งเมื่อเกิดการลุกลามส่งผลให้เกิดการกดเบียด บีบอัดของเส้นประสาทไขสันหลังและเนื้อไขสันหลัง ทำให้ไขสัน

หลังเกิดอาการบวม ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตตามมาได้

2) อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

กลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายกระดูกสันหลัง มักมีอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแม้ในขณะหยุดพัก และความปวดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อาการปวดมักเป็นมากจนกระทั่งรบกวนการนอนหลับ นอกจากนี้ยังพบอาการชาหรืออ่อนแรงของแขนและขา รวมทั้งการสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และบางรายไม่สามารถควบคุมการการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ อาการเหล่านี้จะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการกดทับไขสันหลัง หรือเส้นประสาทในบริเวณที่ก้อนเนื้องอกอยู่ โดยสามารถแบ่งระดับของกระดูกที่มีการลุกลามของมะเร็งได้ตามพยาธิสรีรวิทยาเป็น 3 ระดับ ได้แก่กระดูกสันหลังส่วนคอ กระดูกสันหลังส่วนอก และกระดูกสันหลังส่วนเอว จะพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคในส่วนของกระดูกสันหลังส่วนคอจะมีอาการชาและอ่อนแรงของภาวะกล้ามเนื้อมากกว่าส่วนอื่นเนื่องเป็นกระดูกสันหลังในส่วนต้น ซึ่งหากมีการบาดเจ็บหรือถูกทำลายจะส่งผลให้เส้นประสาทไขสันหลังในระดับที่ต่ำลงมาสูญเสียด้วย (Eva et al., 2009; Harel & Angelov, 2010; National Institute for Health and Care Excellence: online, 2008; พิทวัส ลีละพัฒนะ, 2557)

3) การวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยภาวะมะเร็งระยะแพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง จำเป็นต้องมีการตรวจตามหลักการสืบค้นในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอก คือ (National Institute for Health and Care Excellence, 2008; Harel and Angelov, 2010; พิทวัส ลีละพัฒนะ, 2557)

(1) ค้นหามะเร็งที่เป็นต้นกำเนิดและลักษณะการกระจายของมะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง จากการซักประวัติตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งตรวจทางรังสี ได้แก่ การส่งตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ส่วนอกและช่องท้อง การส่งตรวจสแกนกระดูก รวมทั้งการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการชาและอ่อนแรงของแขนขามีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจภายใน 24 ชั่วโมง

(2) การทำนายโรคในผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วย การใช้คะแนนการทำนายโรคในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เป็นมาตรฐาน คะแนนที่ได้นี้สามารถทำนายถึงระยะเวลาโดยประมาณที่ผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่รอด (life expectancy) และช่วยบอกแนวทางในการรักษาว่าควรจะเป็นไปในทิศทางใด สำหรับคะแนนที่ใช้กันในปัจจุบัน ได้แก่ Tokuhashi scoring system และ Tomita scoring system (Tokuhasji et al., 2005; Tomita et al., 2001 อ้างถึงในพิทวัส ลีละพัฒนะ, 2557) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ทางการแพทย์ และเพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัยและบทบาทของพยาบาล ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาและนำแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม

ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) มาใช้ร่วมในการประเมินระดับผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน เนื่องจากมีประโยชน์มากในการเฝ้าติดตามโรค นำข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพยาบาลโดยให้การประเมินตั้งแต่แรกรับ และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยแบ่งระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0, 10, 20, 30 จนถึง 100 คะแนน สำหรับคะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต และคะแนน 100 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว (บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556) ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) ค่าคะแนนประเมิน อยู่ในช่วง 30 -60 % ซึ่งนับว่าเป็นระยะของการเปลี่ยนผ่านถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการและจัดการกับอาการที่รบกวนที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายหรือเสียชีวิต

4) หลักการรักษาโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เนื่องจากการรักษาภาวะมะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง ต้องการการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน ฉะนั้นจึงต้องให้การรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแนวทางให้การรักษามีดังนี้ (National Institute for Health and Care Excellence, 2008; Harel and Angelov, 2010; พิทวัส ลีละพัฒนะ, 2557)

(1) การรักษาทางด้านการให้ยา ได้แก่ การให้ยาเพื่อป้องกันและรักษามะเร็งในส่วนที่แพร่กระจายมาที่กระดูก เมื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายมาที่กระดูก มักทำให้เกิดภาวะที่เราเรียกว่า Skeletal-related events (SREs) ซึ่งประกอบด้วย ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูง ภาวะกระดูกหักที่เกิดจากเนื้องอกลุกลาม ภาวะกดทับเส้นประสาทและไขสันหลัง และภาวะปวดกระดูก อันเนื่องจากเนื้องอก จากการทบทวนและศึกษาพบว่า ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูง สามารถให้การรักษาด้วยการให้สารน้ำที่เพียงพอ และการให้ยากลุ่มไบฟอสฟอเนต (bisphosphonates) เข้าทางเส้นเลือด ส่วนภาวะกระดูกหักที่เกิดจากเนื้องอกลุกลาม ต้องให้การรักษาทั้งในเชิงการป้องกัน และการรักษารวมทั้งเมื่อเกิด ภาวะปวดกระดูกอันเนื่องจากเนื้องอก บางกรณีอาจต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทางด้านการระงับความเจ็บปวดมาร่วมให้การรักษา

(2) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด พบว่ามีข้อบ่งชี้ที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการหักของกระดูก หรือมีกระดูกหักเกิดขึ้นแล้ว ข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือเมื่อมีการกดทับเส้นประสาทและ

ไขสันหลัง จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงหรือชาของแขนและขา มีการศึกษาพบว่า 30 % ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอ่อนแรง อันเกิดจากมะเร็งกดทับไขสันหลังผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงมากขึ้นเรื่อยๆจนเกิดอัมพาต ภายในระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 7 วัน ถ้าผู้ป่วยเริ่มมาพบแพทย์ด้วยอาการเริ่มอ่อนแรงควรพิจารณาทำผ่าตัดให้เร็วที่สุด นอกจากการให้การรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชาหรืออ่อนแรง ด้วยวิธีการผ่าตัดแล้ว การให้ยากลุ่มสเตรียรอยด์ ระยะเวลาการให้ยานั้น พบว่าการให้ในช่วง 2 สัปดาห์แรก จะมีผลในการช่วยพัฒนาระบบประสาทที่โดนกดทับให้ทำงานได้ดีขึ้น แต่ภายหลังจาก 2 สัปดาห์ไปแล้ว มักไม่มีผลในการช่วยพัฒนาการทำงานของเส้นประสาทที่โดนกดทับ จะมีผลเพียงช่วยระงับอาการปวดจากก้อนเนื้องอกเท่านั้น โดยระหว่างการให้ยาเหล่านี้ ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น กระเพาะอาหารเป็นแผล หรือเลือดออกจากทางเดินอาหาร

(3) การรักษาด้วยการฉายแสงโดยปริมาณของรังสีรักษาโดยรวมที่ให้ต่อการรักษา และความถี่ขึ้นอยู่กับโรคและความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

(4) การทำกายภาพบำบัด มีความสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ให้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยทำให้ผู้ป่วยบางรายสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และพยายามให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การออกกำลังกายมีส่วนสำคัญในการลดอาการปวดและสามารถช่วยป้องกัน การเกิดข้อยึดติด สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระตุ้นให้ระบบหายใจ และระบบหมุนเวียนของร่างกายทำงานได้ดียิ่งขึ้น (บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556)

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

การกำหนดการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่สำคัญ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (National Institute for Health and Care Excellence: online, 2008; Yarbro, Wujcik, & Gobel, 2000; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1) อาการปวด พบว่าอาการปวดหลัง (back pain) เป็นอาการที่พบมากที่สุดประมาณ 95% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งสาเหตุอาการปวดเกิดจากก้อนมะเร็งกดทับเส้นประสาท และการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก นอกจากนี้อาจเกิดจากความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ความเจ็บปวดที่แผลผ่าตัด ภาวะเยื่อบุอักเสบในช่องปากจากการฉายรังสี และหัตถการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแบบเรื้อรังและได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ผู้ป่วยจะปวดแม้ในขณะหยุดพัก ความปวดทวีความรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งรบกวนการนอนหลับ (night pain) ซึ่งอาการปวดนั้นมีหลากหลายรูปแบบ สามารถอธิบายพยาธิสภาพและอาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้ดังนี้

ความปวดจากมะเร็งแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การแบ่งตามพยาธิกำเนิดและระยะเวลาที่ปวดการแบ่งชนิดของความปวดจากมะเร็งมีประโยชน์ในการใช้เป็นตัวช่วยเลือกวิธีการรักษา และเลือกใช้ยาระงับปวด ดังนี้

วิธีที่ 1 การแบ่งความปวดตามพยาธิกำเนิด ได้แก่

1) Nociceptive pain หมายถึงอาการปวดที่มีการเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อในร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่ออ่อน และอวัยวะภายใน โดยแบ่งเป็น 1) Somatic pain ผู้ป่วยมักบอกตำแหน่งและอาการปวดได้ชัดเจน เช่น ปวดจี๊ดๆ (sharp) ตุ๊บๆ (throbbing) ปวดเหมือนมีอะไรมากดทับ (pressure-like) ตัวอย่างเช่น อาการปวดแผลผ่าตัด อาการปวดจากการแพร่กระจายมาที่กระดูก และ 2) Visceral pain เป็นอาการปวดที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน ปวดบิดเกร็ง เช่น อาการปวดจากลำไส้อุดตัน อาการปวดจากการที่มีก้อนในตับ อาการปวดจากการกดเบียดอวัยวะภายใน

2) Neuropathic pain หมายถึงอาการปวดที่เกิดจากอันตรายต่อเนื้อเยื่อระบบประสาทโดยตรง ซึ่งมีทั้งระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่สมองและไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนปลาย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการกดเบียดของก้อนมะเร็ง นอกจากนี้อาจเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาได้ ลักษณะความปวดของ neuropathic pain ได้แก่ ปวดแสบร้อน (burning) ปวดเหมือนถูกแทงหรือยิง (stabbing/shooting) และอาจพบความผิดปกติของการรับความรู้สึกร่วมด้วยได้ เช่น อาการชา (paresthesia) อาการเจ็บ (hyperalgesia/allodynia) หรือความรู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ (dysaesthesia)

วิธีที่ 2 การแบ่งความปวดตามระยะเวลาของการเกิดความปวด ได้แก่

1) ปวดเฉียบพลัน (acute pain) ได้แก่ 1) Acute cancer- related pain เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน มักพบในรายที่ยังไม่เคยทราบว่าเป็นมะเร็ง แต่มีอาการแบบฉุกเฉินรุนแรงทำให้ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยบางรายต้องรับการผ่าตัดอย่างรีบด่วน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต่อมา เช่น กระดูกหักผ่านรอยโรค (pathological fracture) เป็นต้น และ 2) Acute pain associated with cancer therapy เป็นความปวดเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง ความปวดจากรังสีรักษา มีทั้งที่เกิดขึ้นทันทีหลังได้รับรังสีรักษา อาการที่พบบ่อยคือ ปวดแสบร้อนผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีทำให้ผิวหนังแดง แห้ง อักเสบ (radiation dermatitis) ความปวดจากการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก

2) ปวดเรื้อรัง (chronic pain) ได้แก่ 1) Chronic pain caused by cancer progression พบเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความปวดได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ประมาณมากกว่าร้อยละ 90 โดยเฉพาะในระยะที่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรค 2) Chronic pain associated with cancer therapy เป็นความปวดเรื้อรังที่เกิดจากการรักษามะเร็ง ความปวดที่พบบ่อย คือ

neuropathic pain ที่เกิดจากการรักษาเช่น หลังผ่าตัด 3) Pre- existing chronic pain and cancer- related pain หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรังบางชนิดอยู่แล้ว เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเส้นประสาท (เช่น trigeminal neuralgia) และ 4) Dying patient with pain ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมักจะมีความปวดที่รุนแรง การดูแลรักษาจะต่างจากกลุ่มอื่น เพราะสภาพร่างกายที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว

จากลักษณะและชนิดอาการปวดดังกล่าว มีแนวทางวิธีการรักษาและเลือกใช้ยาระงับปวด ดังนี้

1) สังเกตและสอบถามถึงอาการ ระดับความปวดของผู้ป่วย โดยการประเมินความเจ็บปวด รวบรวมข้อมูลในทุกมิติ (กาย จิต สังคม) ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความปวดโดยตรง หรือโดยอ้อมมาประมวลด้วยกัน เพื่อนำมาวิเคราะห์แยกชนิดของความปวดหาสาเหตุ วัดความรุนแรง หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเจ็บปวดและผลการบำบัดรักษา ซึ่งการประเมินประกอบด้วย

(1) การซักประวัติเพื่อประเมินพยาธิสภาพและสาเหตุของความปวด รวมทั้งความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้น โดยสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยได้แก่ ตำแหน่งที่ปวดและการกระจายหรือร้าวไปยังที่อื่น ลักษณะอาการปวด ช่วงเวลาที่มักเกิดอาการและระยะเวลาที่มีอาการปวดตลอดเวลาหรือปวดเป็นครั้งคราว การรักษาที่เคยได้รับเช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด ยาแก้ปวดที่ใช้อยู่และอาการอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้อาเจียน โดยการประเมินระดับความปวดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย เช่น Numerical rating scale เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุดเนื่องจากประเมินได้ง่าย หรืออาจใช้วิธี Facial rating scale โดยให้ผู้ป่วยชี้ภาพที่บ่งบอกถึงระดับความปวดของตนเองมากที่สุด และวิธี Visual analog scale (VAS) ให้ผู้ป่วยกากบาทบนเส้นตรงที่ยาว 10 ซ.ม. เพื่อบอกถึงระดับความปวด การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้วัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่ไม่ปวดถึงเครื่องหมายกากบาทเป็นเซนติเมตร

(2) การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณที่ปวดและตรวจทางระบบประสาทเช่น การรับความรู้สึกและการทำงานของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การประเมินพฤติกรรมที่แสดงอาการปวดด้วย สีหน้า ท่าทาง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการประเมินระดับความเข้าใจ และการรับรู้เกี่ยวอาการปวด จะมีส่วนช่วยในการรักษาและติดตามผลการรักษาผู้ป่วย

(3) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายเอกซเรย์ เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของความปวด เช่น Computed tomography (CT), Magnetic Resonance Imaging (MRI), Bone scan รวมทั้งการตรวจ complete blood count (CBC), renal function, liver function เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ป่วย

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด รวมทั้งติดตามประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงของยา เพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งการเลือกชนิดของยาแก้ปวด ขนาด และความถี่ที่ใช้ขึ้นกับระดับความปวดเป็นสำคัญ องค์การอนามัยโรค (WHO) ได้ให้แนวทางการใช้ยาแก้ปวดตามความรุนแรงของความปวดไว้ดังนี้

(1) หากระดับความรุนแรงของความปวดน้อย (0-3 คะแนน) ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioids ได้แก่ Acetaminophen และ Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSIADs) ซึ่งมีทั้ง traditional NSAIDs และ COX-2 inhibitor ซึ่งยาแก้ปวดในกลุ่มนี้สามารถให้ได้ในทุกระดับของความปวดจากมะเร็งตาม WHO analgesic ladder

(2) หากระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (4-6 คะแนน) ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มที่เป็น weak-opioids ได้แก่ Tramadol และ Codeine ซึ่งผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ง่วงนอน มึนงง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก

(3) หากระดับความรุนแรงของความปวดมาก (7-10 คะแนน) ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Methadone เนื่องจากมีฤทธิ์ระงับปวดได้ดีมาก และสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆจนกว่าผู้ป่วยจะหายปวด โดยไม่มีระดับยาสูงสุดต่อวัน แต่ต้องระวังผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นและความทนต่อยาของผู้ป่วย ซึ่งผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน อาการคัน และง่วงซึม เป็นต้น

(4) ส่วน adjuvant analgesic drugs เช่น antidepressant ได้แก่ กลุ่มยา Amitriptyline และnortriptyline ยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการระงับปวดไม่ต่างกัน และใช้ขนาดยาน้อยกว่าที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมียาในกลุ่ม anticonvulsant ได้แก่ ยา Gabapentin, Pregabalin (Lyrica) และกลุ่มยา Steroids ซึ่งยาในกลุ่มเหล่านี้สามารถให้เป็นการรักษาเสริมได้ในทุกช่วงระดับความรุนแรงของความปวด โดยเฉพาะการปวดประเภท neuropathic pain

3) วิธีการรักษาและบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) ซึ่งพบว่ามีได้หลายวิธี ได้แก่

(1) การผ่าตัดเพื่อลดอาการปวด เช่น การผ่าก้อนมะเร็งที่กดไขสันหลังหรือเส้นประสาท หรือการทำ vertebroplasty, kyphoplasty

(2) การฉายรังสีเพื่อบรรเทาความปวด เช่น การฉายรังสีไปที่ก้อนมะเร็งเพื่อลดขนาดและลดการกดทับเส้นประสาท

(3) การให้ยาเคมีบำบัด หรือยาต้านฮอร์โมน หรือการให้สารเภสัชรังสี (radioisotopes) เพื่อลดอาการปวดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่กระดูก

(4) กายภาพบำบัด (physical therapy) การนวด กดจุด การประคบร้อนหรือเย็น การฝังเข็ม การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) การกระตุ้นด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonic stimulation)

(5) ใช้วิธีอาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ ซึ่งเป็นวิธีที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความเจ็บปวดได้ โดยเป็นวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่อความเจ็บปวด เช่นการสอนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น สาเหตุของความเจ็บปวด และการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่นการอ่านหนังสือ ฟังดนตรี การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่นการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ การสร้างจินตภาพ ดนตรีบำบัดการสวดมนต์ และการสะกดจิต

2) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เนื่องจากเนื้องอก หมายถึง โรคมะเร็งทำให้เกิดภาวะที่ระดับแคลเซียมในเลือดสูง และทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลายระบบในร่างกาย ได้แก่ 1) ระบบประสาทส่วนกลาง พบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ซึม สับสน หลงลืม 2) ระบบประสาทส่วนนอก กล้ามเนื้อและกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงกล้ามเนื้อไม่มีแรงตึงตัว การตอบสนองของรีเฟล็กซ์ลดลงหรือไม่มี ปวดกระดูก และกระดูกเปราะหักง่าย 3) ระบบไหลเวียนเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตสูง และคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ 4) ระบบทางเดินอาหาร พบว่าผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ท้องผูก และปวดท้อง

การพยาบาลที่ควรให้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงมีดังนี้

1) สอบถามผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมภาวะแคลเซียมในเลือดสูงของผู้ป่วย และแนะนำครอบครัวให้สังเกตอาการซึ่งแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

2) ตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อมีความผิดปกติ และต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพกลับสู่ภาวะปกติอีกครั้ง โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร

3) วัดบันทึกและประมวลปริมาณของเหลวเข้าและออกของร่างกาย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับของเหลวเพิ่มขึ้นให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

4) ดูแลและแนะนำอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ หลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีในปริมาณมาก เช่น นม ผลิตภัณฑ์จากนม งาดำ กะปิ ปลาที่รับประทานได้ทั้งกระดูก และปลาทู ปลาทะเล น้ำมันตับปลา ตามลำดับ เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

3) การเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาการเปลี่ยนแปลงสามารถแบ่งได้ ดังนี้

1) ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะมีอาการชาหรืออ่อนแรงของแขนและขา (neurological deficit) อันเนื่องมาจากการกดทับไขสันหลัง หรือเส้นประสาทในบริเวณที่ก้อนเนื้องอกอยู่ อาการนี้มีความสำคัญมากเพราะจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและช่วยในการตัดสินใจถึงความเร่งด่วนในการให้การรักษาต่อไปเนื่องจากมีการศึกษา นอกจากการให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแล้วการให้ยากลุ่ม steroids เช่น Dexamethasone และการฉายรังสีรักษาเป็นแนวทางการรักษาที่จะมีผลในการช่วยพัฒนาระบบประสาทที่โดนกดทับให้ทำงานได้ดีขึ้นร่วมกับการช่วยลดอาการปวดได้ในผู้ป่วย โดยระหว่างการให้ยาและการฉายรังสี ต้องคอยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น กระเพาะอาหารเป็นแผล หรือเลือดออกจากทางเดินอาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย และปวดแสบร้อนบริเวณผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสี

2) อาการผิดปกติของระบบการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจ่าระและปัสสาวะได้ ซึ่งแนวทางในการดูแลจะส่งเสริมให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะโดยการใส่สายสวนปัสสาวะและให้การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และป้องกันการเกิดการอุดตันของอุจจาระโดยการให้ยาระบายที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการขับถ่าย เช่น senokot, dulcolax หรือยาที่ช่วยให้อุจจาระอ่อนนิ่มขึ้น เช่น lactulose และ magnesium salt นอกจากนี้หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกเองได้หมดอาจมีความจำเป็นต้องสวนอุจจาระ เหน็บยา รวมทั้งล้วงอุจจาระออกให้ผู้ป่วย

4) ความเครียด ผู้ป่วยมีความเครียดเรื้อรัง และระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความเจ็บปวด และอาการของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือรุนแรงขึ้น นอกจากนี้การถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ในบางรายที่มีการสูญเสียการเคลื่อนไหว และการควบคุมการขับถ่าย ล้วนทำให้ผู้ป่วยเสียขวัญและเกิดความเครียด นอกจากนี้ความจำเป็นที่จะต้องตัดสินใจเลือกการรักษา เพื่อหวังผลให้หายจากโรค รวมทั้งความรู้สึกเจ็บปวดและอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดระดับรุนแรงอย่างต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแล ควรมีกระบวนการพยาบาลดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554)

กระบวนการที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล ประเมินความเครียด การจัดการความเครียดและผลที่ตามมาของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาให้ครอบคลุมทั้งด้านความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และประสบการณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล ตลอดจนพยาบาลสามารถ

ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กระบวนการที่ 2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียด รวมทั้งแนะนำครอบครัวและผู้ดูแลให้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อประเมินความเครียดและให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียด เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้ผ่อนคลาย

กระบวนการที่ 3 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การวินิจฉัยการรักษาทั้งผลดีและผลข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง จึงคลายความกังวล

การดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกนั้นมีความจำเป็นต้องมีระบบการดูแลและบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลเพื่อให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมครบถ้วนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาและทบทวนการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาล

ในปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งการจัดระบบการดูแลนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้บริการที่มีคุณภาพ (ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย จึงควรพิจารณาให้รอบคอบถึงการคัดเลือกระบบการดูแลให้สอดคล้องกับปัจจัยภายในองค์การ เช่น งบประมาณ ความสามารถของบุคลากร จำนวนผู้ป่วย และเป้าหมายขององค์การ โดยการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยควรมีองค์ประกอบพื้นฐานดังนี้ 1) การสื่อสาร และการประสานงาน 2) การมอบหมายหน้าที่การปฏิบัติงาน 3) การบริหารงาน 4) การตัดสินใจทางคลินิก 5) ความรับผิดชอบในงาน (Manthey, 1990 อ้างถึงใน Motacki and Burke, 2011) ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กันทั่วไป มี 5 รูปแบบ และมีการจัดระบบที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้ (Motacki & Burke, 2011; ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, 2551)

4.1 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเฉพาะราย (Case method) เป็นระบบการดูแลที่เก่าแก่ที่สุด เริ่มใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่ ค.ศ.1800 และเริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1900 เป็นการจัดการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งหมดเพื่อให้บรรลุความต้องการทั้งหลายของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในขณะที่ปฏิบัติงาน พยาบาล 1 คนให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ ต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร โดยพยาบาลแต่ละคนที่ให้

การดูแลผู้ป่วยสามารถปรับการวางแผนการพยาบาลได้ตามความเหมาะสม เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือผู้ป่วยอาการหนักในหออภิบาล

ข้อดี คือ เกิดคุณภาพในการดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 8 ชั่วโมง ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทันที เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ป่วยมีความไว้วางใจรู้สึกปลอดภัย สร้างความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย บุคลากรผู้ร่วมงาน และพยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ สร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน

ข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงสิ้นเปลืองเครื่องมือเครื่องใช้ และต้องใช้พยาบาลระดับวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญจำนวนมาก พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน และผู้ป่วยอาจได้รับการพยาบาลที่แตกต่างกันใน 3 ช่วงเวลาของแต่ละวัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายสับสนได้

4.2 รูปแบบการจัดระบบการพยาบาลตามหน้าที่ (Functional method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพราะเกิดการขาดแคลนพยาบาล บุคลากรที่อยู่ใต้บังคับบัญชาได้ถูกเรียกมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ในกิจกกรมที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เช่นการวัดความดันโลหิต การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน การมอบหมายงานเน้นที่หน้าที่และกิจกรรมเป็นสำคัญ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยเพียง 1-2 อย่าง พยาบาลหัวหน้าเวรจะทำหน้าที่ประสานการดูแลและมอบหมายงานบุคลากรแต่ละคน โดยบุคลากรทุกคนต้องรายงานอาการและความต้องการของผู้ป่วยต่อหัวหน้าเวร

ข้อดี คือ งานมีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้สำเร็จเร็ว บุคลากรไม่สับสนในการทำงาน ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ใช้บุคลากรน้อย แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี พยาบาลวิชาชีพมรเวลาในการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะระดับสูง และเป็นระบบการใช้ทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสม

ข้อเสีย คือ การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบสำหรับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายๆ บุคลากรเร่งทำงานในหน้าที่ของตนเอง ไม่เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวม ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ขาดสัมพันธภาพที่ต่อกัน และปัญหา ความต้องการไม่ได้รับการดูแลเนื่องจากไม่ใช่หน้าที่โดยตรง

4.3 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเป็นทีม (Team method) เริ่มใช้เมื่อปี ค.ศ.1950 จากการพยายามแก้ไขปัญหาการทำงานตามหน้าที่ ที่ให้การพยาบาลแบบแยกส่วน โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม รับผิดชอบในการรับรู้สภาพและความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับมอบหมาย หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับลูกทีมโดยการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษาการติดตามและการประเมินผล และการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแล รวมทั้ง นิเทศงานและให้

ความช่วยเหลือสมาชิกทีม ให้มีความสามารถและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องอาศัยทักษะในการสื่อสาร และการจัดองค์การของหัวหน้าทีมอย่างมาก

ข้อดี คือ หากพยาบาลวิชาชีพมีทักษะที่ดีในการเป็นผู้นำทีมจะทำให้เกิดคุณภาพการดูแล ที่ดีแก่ผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน เกิดความสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยบุคลากรและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพยาบาล

ข้อเสีย คือ ใช้ทักษะและความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีมและเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว สูญเสียและเพิ่มระยะเวลาในการสื่อสารของทีม เช่นการประชุมปรึกษา ประสานงานและมอบหมายงาน

4.4 รูปแบบการบริการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing method) เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1960 โดยมีพยาบาล วิชาชีพรับผิดชอบ 24 ชั่วโมงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 1 คนหรือมากกว่าตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้งและบันทึกการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อไม่ขึ้นเวร ความรับผิดชอบโดยรวมของพยาบาลเจ้าของไข้ คือการสร้างความชัดเจนในการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วย แพทย์ และบุคลากรในทีมการพยาบาล

ข้อดี คือ เป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลที่มีคุณภาพสูง พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานเนื่องจากสามารถใช้ความรู้และทักษะได้อย่างเต็มที่มีการแก้ปัญหาและ มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพสูง

ข้อเสีย คือ ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการประสานงาน และบางคนไม่สามารถบ่งบอกความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้ ดังนั้นองค์การต้องให้การศึกษาแก่บุคลากรเพื่อความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

4.5 รูปแบบการบริการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการบริการ ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการ ประสานงานกำกับและประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยผ่านการสื่อสารและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมคุณภาพและผลลัพธ์ด้านการลงทุนที่มีประสิทธิผล (Case Management Society American : CMSA, 2002 อ้างถึงใน Motacki and Burke, 2011) และเป็นรูปแบบการการจัดการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งต้องอาศัย แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ แผนการพยาบาล โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสหสาขา

วิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแผนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังจากการศึกษารูปแบบการบริการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น

การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ย่อมต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ กล่าวคือ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องผ่านกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเกิดคุณภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วและเกิดขึ้นตลอดเวลา โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพที่สูงขึ้น เนื่องจากความซับซ้อนและความรุนแรงของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือทางการแพทย์และการรักษาที่ทันสมัยมากขึ้น โรงพยาบาลในปัจจุบันจึงได้มีการศึกษาวิจัยค้นหารูปแบบการบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และนำนโยบายการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดคุณภาพ ซึ่งพบว่าผลลัพธ์มีผลต่อค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง เน้นคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการให้ความรู้ แผนการรักษา กระบวนการดำเนินโรคผ่านทางแผนการรักษาที่สร้างร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ สร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรเพิ่มขึ้น การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงเป็นระบบการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นระบบที่ควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

5. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

5.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดขึ้นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1920nนักสังคมสงเคราะห์ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการให้บริการทางสุขภาพจิตเป็นครั้งแรก ต่อมาในปี ค.ศ.1930 พยาบาลสาธารณสุขได้นำระบบนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช หลังจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ.1980-1981 มีการเปลี่ยนแปลงระบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการประกันคุณภาพ ทำให้องค์กรที่ให้บริการสุขภาพต้องทบทวนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อหาวิธีการประหยัดค่าใช้จ่าย และในขณะเดียวกันต้องคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล ดังนั้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมาจึงมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้อย่างจริงจังจนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยเริ่มที่ศูนย์การแพทย์นิวอิงแลนด์ ในรัฐนิวยอร์ค ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ โดยการพยายามจำกัดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามลักษณะการจัดกลุ่มโรคและ

ค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งระบบดังกล่าวควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการพยาบาล รวมถึงคุณภาพการบริการ (Powell and Tahan, 2010)

ในประเทศไทยหลังจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีการศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการจัดบริการ การจัดการด้านการเงินได้แก่ การจัดกลุ่มโรคและค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่มโรค มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือการใช้ทรัพยากร ร่วมกับการมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเพื่อผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาการจัดระบบบริการภายในโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล และลดขั้นตอนการบริการ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

5.2 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการทบทวนและศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ไว้หลากหลายและสามารถสรุปได้ดังนี้

Certification of Insurance Rehabilitation Specialists Commission (อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2545) ให้ความหมายการจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการร่วมกันของทีมสุขภาพในการประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน ประสานงาน ติดตาม และประเมินแนวทางการจัดการการดูแลโดยรวมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยการสื่อสาร และแหล่งประโยชน์ที่มี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความคุ้มทุนของสถานบริการและเกิดคุณภาพการดูแล

American Nurse Association: ANA (1994, อ้างถึงใน Powell and Tahan, 2010) ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมาย ให้การดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพลดการให้บริการแบบแยกส่วน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและควบคุมค่าใช้จ่ายได้

Powell (2000) ได้ให้ความหมายของ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็นการจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

Case Management Society of America (CMSA., 2010) ได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติการประสาน การติดตามและประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

จากความหมายทั้งหมดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) จึงสรุปได้ว่าเป็นรูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ การติดตามและ

ประเมินผลที่ใช้การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานการดูแลเพื่อได้ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนด และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5.3 แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้เป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลในหลากหลายมิติ ได้แก่ มิติทางคลินิก หรือการดูแลผู้ป่วย มิติการจัดการหรือภาวะผู้นำ มิติในด้านการบริหารจัดการด้านการเงิน มิติด้านการสื่อสาร และมิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ และมีแผนการกำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษาจนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (Powell, 2000; Powell and Tahan, 2010) ซึ่งจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สำคัญคือ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ลดการดูแลแบบแยกส่วนและเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานระหว่างทีมการดูแล โดยมีการปรับปรุงการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2549)

5.4 องค์ประกอบ และการดำเนินการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีองค์ประกอบดังนี้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2549; เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543; จอม สุวรรณโณ, 2541)

ส่วนที่1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลหมายถึงการประสานงานหรือการรายงานความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลหรือหน่วยบริการของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทาง รูปแบบการดำเนินการ ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานและการประเมินผลสำเร็จ

2) การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3) การดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆที่เหมือนกัน 4 ส่วนดังนี้

1) แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการ และระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย

2) แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3) แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาลหรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

4) แสดงกิจกรรมหลักที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นหรือกลุ่มโรคนั้นๆในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจเป็นวัน ชั่วโมงหรือสัปดาห์

นอกจากนี้พบว่าประโยชน์ของแผนการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกันทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร เป็นการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ตลอดเวลาการดูแลรักษา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และทำให้การวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบ ทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ส่วนที่ 3 ผู้จัดการรายกรณี จากข้อสรุปของการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศต่างๆ พบว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้เหมาะสมที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งสามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาโดยสรุปองค์ประกอบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ 1) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ 2) แผนการดูแลผู้ป่วย และ 3) ผู้จัดการรายกรณี

5.5 การดำเนินการตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 4 รูปแบบ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

1) ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base) การดำเนินการตามระบบลักษณะนี้จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้านร่วมด้วย รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่า คุ้มทุนและการปรับปรุงคุณภาพ

2) ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit base) การดำเนินอาจจะดำเนิน 1-2 หน่วยงานเท่านั้น ไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3) ดำเนินการในชุมชน (Population หรือ Community based) การดำเนินการเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้เหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4) ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) มีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรค โดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา

จากการศึกษารูปแบบการดำเนินการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ปัจจุบันมีการนำไปใช้ในการดำเนินการทุกรูปแบบ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของโรงพยาบาลและชุมชนซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ดำเนินการจัดการรายโรค ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังในหน่วยการบริการ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นโรคที่มีความซับซ้อนรุนแรง และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.6 บทบาทและหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี จากการศึกษาทบทวนมีผู้กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้จัดการรายกรณีไว้ ดังนี้ (Powell, 2000; Powell & Tahan, 2010; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2545)

1) เป็นผู้ประสานงานของแผนการดูแลและการบริการ ทำให้เกิดความร่วมมือของทีมผู้ให้การดูแล เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2) ให้การคุ้มครองผู้ป่วยให้มีความเป็นอิสระในการคิดพิจารณาตัดสินใจด้วยตัวเอง ช่วยให้เกิดพลังอำนาจให้ได้รับข้อมูลต่างๆอย่างชัดเจน ถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น ปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้ป่วยภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล

3) กำกับการดูแลผู้ป่วย อาจจะเป็นการกำหนดชั่วโมงการทำงานกำกับดูแลผู้ป่วย

4) เป็นผู้นำในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ

5) คัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสม เข้าสู่การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

6) ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอในด้านสภาพทางกายภาพ การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด

7) เป็นผู้ทำให้เกิดความสมบูรณ์ในการรวบรวมการดูแลและพัฒนาบุคลากรทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ให้การดูแล

8) เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จัดการทรัพยากรและการบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

9) เป็นผู้ติดตามคุณภาพการดูแล ควบคุม กำกับการทำงานให้เป็นไปตามแผนมาตรฐานการดูแล และวางแผนการจำหน่าย

5.7 ขั้นตอนและการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบที่เป็นทางเลือกของการให้การพยาบาลทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วนๆ รูปแบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง ไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลง การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) อาจเป็นการจัดทำขึ้น โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพหรือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบที่จัดทำโดยหน่วยงานหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นแต่ละหน่วยงานจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตนเองการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

1) เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย คือ 1) กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน 2) กลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง 3) กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง 4) กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกภาระค่าใช้จ่าย 5) กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน

2) จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกโดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด แผนการดูแลเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

3) กำหนดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้น ตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

4) กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา สำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

5) สรุปเป็นแผนการหลังเสนอให้สมาชิกพิจารณาหรืออาจใช้วิธีอื่นๆ ที่กลุ่มเห็นเหมาะสมข้อสำคัญวิธีนั้นๆ ต้องเป็นวิธีที่สมาชิกเห็นชอบด้วย

6) การเขียนแผนการดูแลในรูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผนการดูแลในแต่ละช่วงประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา 2) การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษการส่ง

ปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่างๆ 3) การส่งตรวจต่างๆ 4) กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่นๆ

7) การวางแผน Clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ Clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน เป็นขั้นตอนการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงาน ที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานทำได้โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบซึ่งมักจะมอบหมายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานโดยทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์กันดังนี้

1) การประสานงานกับผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณีจะติดต่อกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ให้ผู้ป่วยเข้าใจและเริ่มใช้ กับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคน ให้ความช่วยเหลือตลอดจนการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงผู้ป่วยจำหน่าย

2) การประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการรายกรณีจะต้องติดตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันกับแพทย์ และร่วมปรับแผนการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ เป็นการติดตามกำกับให้การดำเนินของการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลาและสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล การดูแลผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา การประเมินค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

5.8 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวคิดของ Powell and Than (2010) ได้กำหนดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย

2) การประเมินสภาพ/ระบุปัญหา (Assessment/problem identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือก ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย และนำ

ข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาในการให้บริการผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

3) การพัฒนาและประสานงานการดูแล (Development and coordination of the case plan) ภายหลังจากประเมินสภาพปัญหาและทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันวางแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการและการใช้ทรัพยากรระยะเวลา โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการดูแลรักษา

4) การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่กำหนดไว้ปัญหาต่างๆ จะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแล การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางแผนไว้

5) การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up) เป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดการต่อเนื่องในการดูแล เป็นการประเมิน ตัดสินใจถึงสิ่งที่ต้องทำและมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

6) การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพและประเมินผล

จากการศึกษาทบทวนกล่าวโดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหมายถึงรูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการประเมิน การวางแผน นำไปสู่วิธีดำเนินการปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผลที่ใช้การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานการดูแลเพื่อได้ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนด และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยแนวคิดการดูแลเชิงจัดการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างองค์รวม เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด มีองค์ประกอบ ที่สำคัญคือแผนการดูแลร่วมของทีมสหสาขา และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งกระบวนการดูแลจะเริ่มตั้งแต่การ คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ การประเมินสภาพ การประสานและวางแผนให้การดูแล การดำเนินตามแผน การกำกับ ประเมินซ้ำ และการประเมินครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด และกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากโรคเร็ว ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษา เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับ

ความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลของระบบสุขภาพมากขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการบริการอย่างสูงสุด

6. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลแบบ ประคับประคอง เพื่อช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและทบทวนตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังมีเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

6.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้คำนิยามการดูแลแบบประคับประคองไว้หลากหลายและสามารถสรุปได้ดังนี้

สถาพร ลีลานันทกิจ (2551) ได้ให้ความหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงเวลาการป่วยไข้ของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดี โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นโรคอะไรลุกลามขนาดเท่าใด หรือความต้องการถึงการรักษารูปแบบอื่น การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถให้บริการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อยืดอายุผู้ป่วย หรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วย

บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ (2556) ได้ให้ความหมาย การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตให้ดีขึ้น โดยเน้นการควบคุมและจัดการอาการที่รบกวนที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

World Health Organization (2014) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึงการดูแลที่เป็นวิธีการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต ผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยวิธีการประเมินและดูแลผู้ป่วยจากอาการปวดและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

สรุป การดูแลแบบประคับประคองหมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและจัดการกับอาการที่รบกวนที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายหรือเสียชีวิต

6.2 องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง

ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองที่ประกาศโดยองค์กรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์กรอนามัยโลก มีสาระสำคัญ พอสรุปได้ ดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1) การให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการอื่นๆที่เป็นปัญหา

2) ให้ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นเรื่องธรรมชาติ

3) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตาย เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้วยการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

5) ใช้การทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และดูแลช่วยเหลือเพื่อลดและบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

6) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างปกติสุขระหว่างการรักษา

7) เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต พร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค

8) ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และช่วยส่งเสริมสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

6.3 หลักการการดูแลแบบประคับประคอง

จากนิยามและองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคอง สามารถสรุปหลักการดูแลแบบประคับประคอง ได้ดังนี้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

1) ให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการให้บริการบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรค โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2) ให้ความสำคัญและให้เห็นคุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยพยายามใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณค่าและเป็นปกติมากที่สุด

3) ให้การดูแลบนพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการประเมินและค้นหาเกี่ยวกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย ความเชื่อ และสิ่งที่มีผลต่อคุณค่าทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้บุคลากรสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

4) ให้การดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบายที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ

5) ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติที่มีความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระหว่างสถานบริการ หรือหน่วยการดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

6) มีการทำงานเป็นทีม การดูแลแบบประคับประคองมีความต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไปเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7) มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้การประสานงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2556) ได้สรุปหลักของการดูแลแบบประคับประคองไว้เป็นแบบ 4C ดังนี้

1) Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักเช่นเดียวกับหลักการของ Patient-centered medicine โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐาน การตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

2) Comprehensive การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

3) Coordinated คือการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาการปรึกษา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทซึ่งกันและกัน

ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหาย ก็เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสาธารณสุขในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย

4) Continuous มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นขณะอยู่โรงพยาบาลกลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยรายนั้น

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นประกอบไปด้วยการดูแลแบบองค์รวมที่ให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับการดูแลให้ตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองจะเกิดประสิทธิภาพได้นั้นต้องอาศัยการทำงานที่มีการสื่อสารและประสานงานกันที่ดีของทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

6.4 สถานการณ์ และการจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

จากการศึกษาข้อมูล พบว่าการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยนั้นได้เริ่มมาครั้งแรก ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 โดยนายแพทย์สถาพร ลีลานันทกิจ จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต่อมาในปี 2541 มีการดำเนินจัดการพยาบาลแบบประคับประคองขึ้นที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และในส่วนของนโยบายระดับประเทศได้มีการบรรจุแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติขึ้น พ.ศ. 2542 หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2552 ได้เริ่มมีการก่อตั้งเครือข่าย การดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนแพทย์ หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับโรงพยาบาลจึงส่งผลให้บุคลากรสุขภาพทุกสาขา อาชีพ และองค์กรภาคประชาชนร่วมมือ และขยายความร่วมมือถึงสถานพยาบาลทุกระดับ ร่วมก่อตั้งชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย: ออนไลน์, 2555) ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557– 2559 เพื่อรองรับปัญหาของสังคมไทยที่ต้องเผชิญกับโรคใหม่ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคร้ายแรงต่างๆ และการมีแผนยุทธศาสตร์จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางและผลักดันให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตที่ดีและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งยุทธศาสตร์นี้เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมในเรื่องการตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง โดยการพัฒนาเนื้อหา สาระ รูปแบบ ช่องทางและ

เครื่องมือในการสื่อสารอย่างเป็นระบบ มีการสร้างพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มแข็งและสนับสนุนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มุ่งสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนจัดการความรู้ในเรื่องธรรมชาติของชีวิต โดยผู้เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยการพัฒนาระบบการศึกษา การวิจัยและพัฒนาระบบการจัดการความรู้ การถ่ายทอความรู้และการกระจายความรู้

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และรองรับการตายดี ยุทธศาสตร์นี้มุ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตให้บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแบบผสมสาน เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อทั้งกับระบบสุขภาพชุมชนและระหว่าง สถานบริการด้วยกันให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและการตายดี โดยการพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้คุณภาพมีมาตรฐาน และมีจำนวนเพียงพอ และประชาชนเข้าถึงบริการได้ โดยอาจกำหนดไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดบริการ ยุทธศาสตร์นี้มุ่งที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบย่อยต่างๆ ในการสนับสนุนการจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะใน ระยะท้ายของชีวิตและตายดีทั้งระบบ และในทุกระดับซึ่งครอบคลุมถึงระบบพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่รองรับระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในเชิงจำนวนและสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพและเชื่อมโยงทุกระดับของเครือข่ายบริการสามารถนำไปใช้วางแผนแก้ปัญหา กำกับติดตามประเมินผลได้ ระบบการเงินการคลังที่เน้นการแสวงหาทางเลือกที่คุ้มค่าสมเหตุสมผล เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี และการอภิบาลระบบโดยการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การจัดตั้งกลไก และการออกกฎหมายระเบียบที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะเอื้อต่อการจัดการบริการการดูแลแบบ ประคับประคอง ที่เน้นให้เกิดกลไกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การกำหนดนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่รองรับการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต

จากแผนการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตดังกล่าวนับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วยการดูแลทางการแพทย์ การเยียวยาทางจิตใจ และจิตวิญญาณ จากนโยบายยังตระหนักว่าคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง แบบองค์รวม ยังมีส่วนในการลดภาระค่าใช้จ่ายโดยรวม นโยบายและแผนที่รองรับการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตจึงมีส่วนสำคัญต่อระบบสุขภาพของ

ประเทศอย่างยิ่ง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรตระหนักและปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันจะเห็นได้ว่ามีโรงพยาบาลในทุกระดับของประเทศที่เริ่มโครงการจัดตั้งหน่วยงานดูแลประคับประคองและระยะสุดท้ายขึ้น โดยจัดระบบบริการเพื่อให้เกิดการตอบสนองตามนโนบาย และยึดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมการดูแลทั้งในด้านการรักษาป้องกัน และฟื้นฟู เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

จากการศึกษาการจัดระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิซึ่งมีการรับผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นจำนวนมากพบว่ายังมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมและมีการดำเนินการดูแลเฉพาะส่วนและเฉพาะในหอผู้ป่วยโดยเป็นเพียงการดูแลตามปัญหาและความ ต้องการของผู้รับบริการเฉพาะรายเท่านั้น พิไลพร สุขเจริญ (2556) จึงทำการศึกษาถึงการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า การจัดระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม พบว่าควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยเช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในห้อง/บริเวณเตียงของผู้ป่วย และมีอิสระในการจัดสภาพแวดล้อมโดยไม่ขัดต่อการดูแลรักษา นำการประเมินผลลัพธ์ด้านการจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียง และการสร้างบรรยากาศที่ ผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมาปรับให้เหมาะต่อการจัดบริการ เช่น การประเมินความพึง พอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น จัดมุมหรือห้องพักให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจาก การดูแลผู้ป่วย และจัดระเบียบการเยี่ยมโดยให้ครอบครัวและญาติอยู่กับผู้ป่วยช่วงวาระสุดท้าย มีการจัดห้องแยกหรือสถานที่เป็นสัดส่วนและสงบ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาต่อกัน มีบริเวณห้อง เตียงของผู้ป่วยที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา ตลอดจนการอนุญาตให้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ ละบุคคล และจัดหาหนังสือและสื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ โดยมีกำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีมาตรฐาน และจัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักกฎหมาย นักจิตวิทยาการปรึกษา นักการแพทย์แผนไทย นักอาชีวะบำบัดควรมีสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเกี่ยวกับการดูแล

แบบประคับประคอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตระหนักในการ เป็นสมาชิกของทีมผู้ดูแล

3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากร ได้แก่ มีจัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อยปีละ 1ครั้ง สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตลอดจน ส่งเสริมให้นำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้พบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคเดียวกันหรือโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกต่อกัน และจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัว และญาติเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล และมีการกำหนดมาตรฐานและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการพยาบาล และประเมินการรับรู้ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย และควรมีการกำหนดระบบสนับสนุน และนิเทศกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลทุกระดับ ร่วมกับมีการจัดทำคู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ให้ใช้เครื่องมือประเมินปัญหาความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต มีการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐานแนวปฏิบัติในการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การสังเกตอาการ การควบคุมความเจ็บปวด การบรรเทาปวดทั้งวิธีการที่ไม่ใช้ยาและการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ และการส่งเสริมการพักผ่อน

5) ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การกดจุด ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด ประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา ได้รับยาบรรเทาปวด รวมไปถึงการติดตามควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตาม

แผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการบันทึกการให้ยาในแบบบันทึกทุกครั้ง ร่วมกับมีการจัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด คู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัว ของผู้ป่วยทั้งขณะและหลังได้รับยาบรรเทาปวด

6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสุขภาพ ให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา เพื่อเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรมีพัฒนาทักษะการสื่อสารในการเป็นนักฟังที่ดี การรับฟังความคิดเห็น และการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมกับแพทย์ในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ และจัดระบบการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษา ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต และการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ และมีการประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและพร้อมที่จะกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน ได้แก่ มีการประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน และประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กำหนดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินอาการ ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้านความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน

8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหวิชาชีพให้เป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับการเสียชีวิตตามความต้องการและสิทธิของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของตน และแผนการรักษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่รู้สึกตัว ส่งเสริมให้ครอบครัวนำหลักฐานการแสดงความต้องการสุดท้าย หรือหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยมายื่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีการเขียนหรือบอกกล่าวไว้ มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจที่จะใส่

หรือไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และการตัดสินใจร่วมกันต่อการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย ควรมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารงบประมาณของสานักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนกองทุนสวัสดิการอื่นๆ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ เป็นต้น เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามกำลังทรัพย์และความเหมาะสม

จากการศึกษาระบบการจัดการบริการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง จะเห็นได้ว่าสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างมาตรฐาน และกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งกำหนดว่าควรมีให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อประสานงานการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ ซึ่งจากการศึกษาการจัดการผู้ป่วยกรณีเป็นวิธีการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแบบองค์รวมและมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์และบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เพื่อให้เกิดความสอดคล้อง ครอบคลุมครบถ้วนทั้งกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง และสร้างความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาล

7. แนวคิดคุณภาพการพยาบาล

การพยาบาลเป็นบริการทางวิชาชีพ ที่ต้องใช้ความสามารถ ทักษะ ความรู้และหลักการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้พยาบาลทุกคนได้ถือปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

7.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีผู้ให้ความหมายคุณภาพการพยาบาลไว้ กล่าวโดยสรุปดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ความดีของบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาคโครงสร้าง หรือการบริหารการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะสำคัญที่ดีหลายประการเพื่อการประเมินระดับมาตรฐาน ได้แก่ 1) มีการจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม กล่าวคือ การให้บริการในจำนวน ขนาดและประเภทที่สอดคล้องกับความต้องการบริการ 2) ลักษณะการบริการเป็นที่ยอมรับและเห็นถึงคุณค่าของบริการทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 3) บริการที่ให้มีระบบและแบบแผน การจัดการบริการต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ 4) บริการพยาบาลต้องมีความครอบคลุม ในเชิงเทคนิควิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล 5) ต้องมีระบบการบันทึกไว้เป็นหลักฐานเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ 6) มีความสามารถในการรักษาคุณภาพไว้ในระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้

กฤษดา แสวงดี (2547) ให้ความหมายว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาด และมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการ ตามความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รับบริการ

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Professional service quality) และมีคุณภาพตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Expected service quality)

Zimmer, 1974; Wandelt & Stewart, 1975; Chance, 1980 (อ้างถึงใน Izumi, Baggs and Knafl, 2010) สรุปความหมายคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะหรือคุณสมบัติที่บ่งบอกถึงความเป็นเลิศตามบริบทที่ต้องการและมีคุณค่าได้มาตรฐานก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ให้ความหมายว่า คุณภาพการพยาบาลหมายถึง การดำเนินงานด้านการบริหารและบริการพยาบาลที่สอดคล้องและเป็นไปได้ตามมาตรฐานการบริการและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดในมาตรฐานการพยาบาล

กล่าวโดยสรุป คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดในมาตรฐานการพยาบาล และทำให้เกิดผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีตอบสนองความคาดหวังและความต้องการ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และสร้างความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและครอบครัว

7.2 องค์ประกอบคุณภาพการพยาบาล

องค์ประกอบของคุณภาพมีมุมมองและรายละเอียดที่ที่แตกต่างกันออกไป ในมุมมองผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ให้บริการทางสุขภาพ มักมององค์ประกอบคุณภาพในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติอันเนื่องมาจากวิธีการปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยโดยเน้น 1) คุณภาพด้านเทคนิค คือ ความชำนาญที่

กระทำการรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งคุณภาพด้านเทคนิคที่ดีจะต้องมีวิธีการทำในสิ่งที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม เป็นการดูแลที่ใช้หลักทางวิทยาศาสตร์การประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการทางสุขภาพเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยและช่วยลดความเสี่ยง 2) คุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่นคุณภาพด้านการสื่อสาร ความน่าเชื่อถือ การดูแลรักษาด้วยความซื่อสัตย์ ความเห็นอกเห็นใจและไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลลัลล์, 2543; Donabedian's, 1980; Coulon et al., 1996; Radwin & Alster, 1999 อ้างถึงใน Izumi et al., 2010) ในส่วนมุมมองของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย คุณภาพเป็นการตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้มาใช้บริการด้านสุขภาพ ดังที่ Institute of Medicine ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพนั้นควรต้องตรงกับความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับบริการ (Laffle and Blurnenthal, 1989 อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลลัลล์, 2543) นอกจากนี้ Omachonu (1990) เสนอว่าองค์ประกอบคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) คุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ คือการปฏิบัติตามมาตรฐานทางวิชาชีพต่างๆ ที่กำหนด และ 2) คุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ คือ คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพการบริการพยาบาล สามารถมองได้ทั้งในด้านผู้ให้บริการซึ่งเป็นคุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และด้านผู้รับบริการซึ่งหมายถึง คุณภาพบริการเชิงปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ถึงความคาดหวังและความต้องการต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ ดังนั้นการประเมินคุณภาพการพยาบาลจึงไม่เป็นเพียงการพิจารณาถึงผลที่ปรากฏในผู้รับบริการเท่านั้น หากต้องรวมถึงวิธีการและกระบวนการปฏิบัติทั้งในรูปแบบของการให้บริการพยาบาลและการบริหารจัดการ

7.3 การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการมี 2 ประเภท คือ มาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ และมาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Bopp, 1990; Omachonu, 1990)

1) มาตรฐานเชิงการปฏิสัมพันธ์หรือเชิงการรับรู้ (Interactive standard หรือ Quality in perception) คือ มาตรฐานที่วัดจากการรับรู้ของผู้รับบริการซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน เนื่องจากผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ ผู้รับบริการจึงประเมินคุณภาพบริการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนกับผู้ให้บริการและปัจจัยแวดล้อม Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988) ได้

พัฒนาเครื่องมือ ประเมินคุณภาพบริการที่เรียกว่า “SERVQUAL” พบว่า เกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการมี 5 เกณฑ์ ดังนี้ คือ

(1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) บริการที่ให้กับผู้รับบริการต้องแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการ สามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ที่ให้บริการมีความสะดวกสบาย และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ สวยงาม ทันสมัย เป็นต้น

(2) ความน่าเชื่อถือ หรือไว้วางใจได้ (Reliability) ผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจ การให้บริการมีความถูกต้อง เที่ยงตรง

(3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsibility) ผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตามต้องการ

(4) ความเชื่อมั่น (Assurance) ผู้ให้บริการมีความรู้และมีอัธยาศัยที่ดีในการให้บริการ และความสามารถของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการ

(5) การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ใช้บริการ (Empathy) ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างของผู้รับบริการตามลักษณะของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

2) มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or professional standard) เป็นเกณฑ์ที่บอกให้ทราบว่าบริการนั้นมีคุณภาพหรือประสิทธิภาพตรงตามหลักการ วิธีการและมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดไว้ ซึ่งองค์การพยาบาล มีการกำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานขึ้นมาหลายระดับ เช่น ระดับชาติ ระดับสถาบันและระดับหน่วยงาน โดยอาศัยกรอบพื้นฐานของทฤษฎีระบบ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2551)

(1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structure standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดคุณลักษณะของระบบบริหารและระบบการบริการพยาบาล การจัดองค์กร ระบบการจัดบริการ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ และงบประมาณ รวมไปถึงภารกิจ เป้าหมาย นโยบายและการมอบหมายงานภายในองค์การ

(2) มาตรฐานด้านกระบวนการ (Process standard) เป็นลักษณะของการดำเนินการซึ่งเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น การวินิจฉัยโรค การให้กิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างในการปฏิบัติการพยาบาล หลักการสำคัญของกระบวนการพยาบาลในมาตรฐานเชิงกระบวนการคือจะต้องครอบคลุมแผนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดต่อสื่อสารรวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาลควรจะต้องมีคุณภาพด้วย

(3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (Outcomes standard) เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวหลังจากการให้กิจกรรมการพยาบาล

ซึ่งมักจะบอกในรูปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

จากการศึกษาการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เลือกการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลมาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพเป็นเกณฑ์ในการประเมินการรับรู้คุณภาพการบริการของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าสภาการพยาบาล มีการกำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานขึ้นมาเพื่อกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนั้นสภาการพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านการสาธารณสุขโดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ - ตติยภูมิ และโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัย เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจง สำหรับแต่ละหน่วยงานซึ่งจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเพื่อให้สอดคล้องบริบทของโรงพยาบาลในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ดังมีรายละเอียดดังนี้

7.4 มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งจึงมีความจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างองค์การรัฐและเอกชน สถานบริการ และสภาการพยาบาล ที่ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดกรอบมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินและรับรองคุณภาพบริการพยาบาล คือมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตามบริบทของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยูมิ และเป็นระดับมหาวิทยาลัย สภาการพยาบาลได้มีการกำหนดมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ (สภาการพยาบาล, 2549)

หมวดที่ 1 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหารองค์กร โดยผู้บริหารสูงสุดขององค์กรการพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการจัดการบริการ ที่มีโครงสร้าง ขอบเขตงาน และบทบาทหน้าที่ระบบและกลไกการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล และการประสานความร่วมมือ

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล มีระบบและกลไกการพัฒนาความรู้ทักษะให้กับบุคลากรทางการพยาบาล ตลอดจนมีการจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการการบริการพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง

มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการการพยาบาล มุ่งเน้นการให้บริการแบบองค์รวมและเป็นไปตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล และจัดให้มีการประสานความร่วมมือในลักษณะสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีนโยบาย แผนงานการจัดการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สร้างระบบการบริหารความเสี่ยง ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการพยาบาล และกำหนดระบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ข้อ

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาล มีการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

มาตรฐานที่3 การพัฒนาคุณภาพการการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง รวมทั้งมีการตรวจสอบ และการประเมินกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลตามรอบเวลาที่กำหนด

มาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงการจำหน่าย โดยมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ ทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ควรมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย/ส่งต่อ

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย

หมวดที่ 3 มาตรฐานผลลัพธ์การบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้

มาตรฐานที่ 2 การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐานที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐานที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากการศึกษาและวิเคราะห์ มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยของสภาการพยาบาล ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์และกำหนดเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง กล่าวคือ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการเจ็บปวด เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และเพิ่มการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากมาตรฐานบริการการพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนด พบว่าสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินให้สอดคล้องกับรูปแบบการบริการ ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีมาตรฐาน ที่ 1 คือ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ และมาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงการจำหน่าย โดยมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ ทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ควรมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายส่งต่อร่วมด้วย รวมทั้งมาตรฐานการพยาบาลในหมวดที่ 3 ได้แก่ มาตรฐานผลลัพธ์การบริการการพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ของการบริการสามารถประเมิน ได้จาก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปเป็นรายด้านเพื่อกำหนดเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา 3) ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย

8. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนนับว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญบ่งชี้ถึงคุณภาพในการดูแลที่โรงพยาบาลต้องนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพในการดูแลด้วย หรือจะกล่าวได้ว่าเมื่อระบบการบริการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นกลับบ้านได้เร็ว จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลจะลดลง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

8.1 ความหมายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

Chassin (1983) ให้ความหมาย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Kralj and Kantarevic (2012) ให้ความหมายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ตั้งแต่วันที่รับและวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะวันนอนเฉลี่ย หมายถึง จำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อราย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: ออนไลน์, 2557)

8.2 การคำนวณจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนับว่าเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านองค์การ เพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพของการบริการจัดการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เกณฑ์การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล มีหลักเกณฑ์การคิดตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในจนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวันซึ่งจะใช้เวลา 0.00 น. เป็นเวลาแบ่งวันนอนในโรงพยาบาล (กรมบัญชีกลาง, 2549) และมีสูตรการคำนวณระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด (Average length of stay) ดังนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: ออนไลน์, 2557)

$$\text{ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด (Average length of stay)} = \frac{\text{ผลรวมของระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยในแต่ละรายที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลที่จำหน่ายในช่วงเวลานั้น}}$$

9. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังกับคุณภาพการพยาบาล

การพยาบาลเป็นบริการทางวิชาชีพที่ต้องใช้ความสามารถ ทักษะ ความรู้และหลักการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้พยาบาลทุกคนได้ถือปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมี

ประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความพึงพอใจ มีความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการรักษาดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สภาการพยาบาล, 2548) จากการศึกษาและทบทวนรูปแบบบริการพยาบาลพบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการบริการที่มีลักษณะในการจัดบริการที่ให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งมีการประสานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่านแผนการดูแลและแนวทางการดูแลที่ร่วมจัดทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องในการดูแล มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับข้อมูลความรู้เพื่อความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เลือกการรักษาด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Powell and Tahan, 2010) กล่าวโดยสรุปคือ ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้เกิดการเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล และได้มาตรฐานตามที่กำหนด

10. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนนับว่าเป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงคุณภาพในการดูแลที่โรงพยาบาลต้องนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพในการดูแล ซึ่งเมื่อระบบการบริการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นกลับบ้านได้เร็ว จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลจะลดลง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) จากการศึกษาและทบทวนรูปแบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมและแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลพบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการบริการ ที่สามารถช่วยลดความซ้ำซ้อนในการกระบวนการพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะช่วยติดต่อประสานงาน แก้ไขปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความล่าช้า ลดระยะเวลาในการตรวจรักษาและให้การพยาบาล ผู้รับบริการจึงไม่ต้องเสียเวลานานในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีi ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีดังนี้

จิราภรณ์ ศรไชย (2543) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 40 รูป ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบมีค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ของกลุ่มที่ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบของกลุ่มที่ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 6.5 วัน และ 11.25 วัน

จิราพร สิมากร (2544) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 30 คน พบว่าค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เฉลี่ย 8.40 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เฉลี่ย 6.93 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และพบว่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน

พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอนความพึงพอใจในบริการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 30 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของพยาบาล ที่ได้รับการดูแลหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

นิตยา พยุงธรรม (2551) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อจำนวนนอนและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยที่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล สูงสุด 14 วัน ต่ำสุด 3 วัน เฉลี่ย 6.20 วัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล สูงสุด 20 วัน ต่ำสุด 5 วัน เฉลี่ย10.73 วัน และความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วรรณี มาศศรี (2552) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนน้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เพทาย สำรวยผล (2553) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง จำนวน 60 คน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย

รายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลกลุ่มพยาบาลประจำการที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลตามปกติ

Seow et al (2008) ศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการรักษา รวมทั้งมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการปวด รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

Mettler et al. (2011) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีควบคู่กับการพยาบาลแบบปกติ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ภายหลังการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อผลักดันให้บุคลากรอื่นๆได้เห็นความสำคัญของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้น

Chen, et al (2013) ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี พบว่าสามารถช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอธิบายได้ว่าการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

Ozcelik, Karabulut and Uyar (2014) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่าการให้การดูแลดังกล่าวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่การดูแลและควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่นอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน อาการอ่อนล้า อาการหายใจลำบาก เป็นต้น จากผลการทดลองเมื่อใช้ รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและลดอาการไม่สุขสบายต่างๆได้โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแลรักษาร่วมกัน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการเนื่องจากช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย มีการจัดการอาการไม่สุขสบาย ด้านอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการให้ความรู้และให้การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาต่างๆ

Warmock et al (2014) ศึกษาและจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังโดยมีการสร้างแบบแผนการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิต และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

Wang et al. (2014) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องไอซียู โดยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งในโครงการประกันสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์การศึกษาย้อนหลัง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนวันนอนในห้องไอซียูลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับบ้าน หรือเข้าพักในสถานบริการผู้ป่วยประคับประคองได้เร็วขึ้น

12. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำผลจากการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิด Powell and Tahan (2010) บูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ World Health Organization (2014) และแนวทางการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ของ National Institute for Health and Care Excellence (2008) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสภาพ ระบุปัญหา การพัฒนาและประสานงานการดูแล การดำเนินการตามแผน การประเมินและการติดตามผล และการเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย จากกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงคุณภาพการพยาบาลที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา 3) ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแนวคิดของ Powell and Than (2010) และ WHO (2014) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของ NICE guideline (2008) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการ

1.1 คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 สร้างสัมพันธภาพ วางแผนการดูแลร่วมกับ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดเป้าหมายการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.3 ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม

1.4 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ค้นหา ปัญหา ประเมินความต้องการ

1.5 วางแผนการดูแล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลาและผลลัพธ์ของการดูแล (clinical pathway) ตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ระยะที่ 2 ดำเนินการ

2.1 ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแล (clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

2.2 ประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

ระยะที่ 3 ประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง และติดตามหลังการจำหน่าย

3.1 ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษา ประสานงาน วางแผนจำหน่าย

3.2 ประสานงานส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน

3.3 จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

3.4 ติดตามหลังการจำหน่าย โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

จำนวนวันนอน
(กรมบัญชีกลาง ,2549)

คุณภาพการพยาบาล
(สภาการพยาบาล, 2549)
1. ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา
3. ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการวิจัยโดยสร้างโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และศึกษาระดับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม		O_1 , O_2
กลุ่มทดลอง	X	O_3 , O_4

O_1 แทน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

O_2 แทน การรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

O_3 แทน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

O_4 แทน การรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

X แทน ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช และพยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

(1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ามารับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกมะเร็งออก

(2) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังเป็นครั้งแรก

(3) มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน พูดคุย โต้ตอบ และฟังภาษาเข้าใจ

(4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ทั้งหมดจำนวน 10 คน มีคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานภายในหอผู้ป่วย บาดเจ็บกระดูกสันหลังโรงพยาบาลศิริราช และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี

(2) ปฏิบัติในหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวร (Incharge nurse)

(3) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติ ที่มีการมอบหมายตามหน้าที่รับผิดชอบ ทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน

(2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน

เพื่อให้มีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยกำหนดคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่สุดระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้าน กลุ่มโรค เพศ อายุ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(palliative performance scale) โดยการจับคู่กลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ดังนี้

(1) เพศ เดียวกัน แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง

(2) อายุไม่ต่างกันมากกว่า 5 ปี เนื่องจากสภาพร่างกายจะเสื่อมสภาพไปตามอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การหายจากโรค และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสูงขึ้น (นพรัตน์ เพชรพงษ์, 2545)

(3) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(palliative performance scale) โดยประเมินจากคะแนน Palliative Performance scale เท่ากับ 30- 60 %

(4) กลุ่มโรค โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มโรคและมีระยะการลุกลามของโรคเดียวกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้ตามพยาธิสรีรวิทยาของร่างกาย ได้แก่ มะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังส่วนคอ มะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังส่วนอก และมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังส่วนเอว

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยการผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจนกระทั่งเสียชีวิต ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพ คือ ขอถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการอบรมได้ครบตามเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด

1.5 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับ การวิจัยกึ่งทดลองโดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 15 คน (Polit & Hungler, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยกำหนดคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่สุดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้าน เพศ อายุ กลุ่มโรค และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) โดยประเมินจากคะแนน Palliative Performance scale เท่ากับ

30- 60 % โดยการจับคู่กลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ซึ่งขณะดำเนินการวิจัยเริ่มตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559 เป็นระยะเวลานานประมาณ 4 เดือน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 13 คน และมีปัญหาเกิดความแปรปรวนระหว่างดำเนินการทดลอง จำนวน 3 คน พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 2 คน และต้องการย้ายหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 1 คน ทำให้เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์หาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยการใช้โปรแกรม PASS (Power Analysis of Sample Size) พบว่าขนาดตัวอย่าง 10 คน เป็นขนาดที่ยอมรับได้ของอำนาจทดสอบที่ระดับ 85 -90 % ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทั้งสิ้น 20 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2557 ถึง 30 มิถุนายน 2559 เก็บข้อมูลได้กลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559 เก็บข้อมูลได้กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน นำมาจับคู่เพื่อความใกล้เคียงกันทั้งหมด 10 คู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรค และความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ					ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง			
ลำดับ	**เพศ**	**อายุ**	**โรค**	**ระดับความสามารถ (PPS)**	**เพศ**	**อายุ**	**โรค**	**ระดับความสามารถ (PPS)**
1	หญิง	58	CA Lung with metastasis T4-6	30	หญิง	55	CA Breast with Pathological T11-12 With metastasis T11 L1 L3	30
2	หญิง	61	Spinal metastasis T11–L1	50	หญิง	60	CA Breast with metastasis L1 – L5	50
3	หญิง	41	CA Breast with metastasis C3-7	40	หญิง	54	CA Breast with metastasis C 2-3	40
4	หญิง	39	Epidural mass with metastasis L5	40	หญิง	41	Multiple metastasis L1	40
5	ชาย	59	Spinal metastasis T4	30	ชาย	51	CA Colon with metastasis T9	30

ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ					ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง			
ลำดับ	เพศ	อายุ	โรค	ระดับความสามารถ (PPS)	เพศ	อายุ	โรค	ระดับความสามารถ (PPS)
6	ชาย	82	CA Prostate with metastasis T8	30	ชาย	86	CA Colon with metastasis L1	30
7	ชาย	77	CA rectum with metastasis C7	30	ชาย	79	Spinal metastasis C4	30
8	หญิง	60	Spinal metastasis C3 with complete cord	30	หญิง	60	Spinal metastasis C5-6 with HCC	30
9	ชาย	60	Spinal metastasis L2-3	30	ชาย	61	CA Prostate with metastasis L3	40
10	ชาย	39	CA anal canal with metastasis T2	30	ชาย	33	Spinal metastasis T11-12 with HCC	30

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน รายละเอียดแจกแจงเป็นจำนวนร้อยละ ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงจำนวน ร้อยละ จำแนกตาม เพศ อายุ กลุ่มโรค และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(palliative performance scale)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 10)		กลุ่มทดลอง (n= 10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	50	5	50
หญิง	5	50	5	50
อายุ				
31-40 ปี	1	10	1	10
41-50ปี	2	20	2	20
51-60 ปี	3	30	4	40
61-70 ปี	2	20	1	10
71-90 ปี	2	20	2	20
กลุ่มโรค				
C spine	3	30	3	30
T spine	4	40	3	30
L spine	2	20	4	40
T-L spine	1	10	-	-
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS)				
30	7	70	6	60
40	2	20	3	30
50	1	10	1	10

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง จำนวน 10 คน จำแนกตาม อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง จำแนกตาม อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30 - 34 ปี	4	40
35 - 39 ปี	3	30
40 - 49 ปี	3	30
สถานภาพ		
โสด	9	90
คู่	1	10
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	7	70
ปริญญาโท	3	30
ประสบการณ์การทำงาน		
5 - 9 ปี	4	40
10 - 19 ปี	5	50
20 - 29 ปี	1	10

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โครงการอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

2) แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

3) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ส่วนที่ 2 แบบกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1) แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2) แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับใช้ในการทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. โครงการการอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ใช้ในการอบรมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เข้าร่วมอบรม ทั้งหมด 10 คน และมีบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาที่ร่วมดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมอบรม ระยะเวลา 1 วัน ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 ณ ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช โดยมีขั้นตอนการจัดทำโครงการอบรม ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง รวมทั้งขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยโครงการอบรมที่จัดทำขึ้นเป็นการประยุกต์แนวคิดสู่การปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการ

จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้แนวคิดของ Powell and Tahan (2010) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ของ World Health Organization (2014)

2) กำหนดวัตถุประสงค์การจัดทำโครงการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

3) กำหนดเนื้อหาโครงการและกิจกรรมในการอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมรวมทั้งขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และวิทยากรผู้ให้ความรู้ในส่วนของเนื้อหาประกอบด้วย

(1) การให้ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย ความสำคัญ แนวคิด ขั้นตอน และกระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยเรียนเชิญวิทยากร 2 คน ได้แก่นางสาวสุรีย์ ลิ้มงคล หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง พยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ความรู้ในหัวข้อเรื่อง Palliative care แนวคิดหลักการสู่การประยุกต์ใช้ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกับ รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นผู้เชี่ยวชาญการใช้รูปแบบการพยาบาลและกระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ให้ความรู้ในหัวข้อเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวคิดหลักการสู่การประยุกต์ใช้ ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 5 ชั่วโมง

(2) อบรมเชิงปฏิบัติการการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้วิจัยได้บูรณาการจากแนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell and Than (2010) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดของ World Health Organization (2014) และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของ National Institute for Health and Care Excellence guideline (2008) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงและทำความเข้าใจถึงการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งประกอบด้วย บทบาทของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง และเครื่องมือที่ใช้ในร่วมประเมินการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการใช้คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง (Clinical pathway) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำ โดยการจัดอบรมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้แสดงความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วย

รายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 3 ชั่วโมง

2. แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง (Clinical pathway) โดยการกำหนดช่วงเวลาของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพตั้งแต่วันแรกของการรับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งวันจำหน่ายกลับบ้าน มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของ National Institute for Health and Care Excellence (2008)

2) ผู้วิจัยรวบรวมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจากการร่วมประชุมและหาแนวทางร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาการปรึกษา จัดทำเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยร่วมกันกำหนดปัญหาของผู้ป่วย กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละกิจกรรม กำหนดกิจกรรมการดูแลรักษา ซึ่งกิจกรรมใน Clinical pathway ประกอบด้วยผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcome) การประเมิน (Assessment) การวินิจฉัยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab/Investigation) การให้ยา (Medication) โภชนาการ (Nutrition) กำหนดกิจกรรม (Activity) การให้ความรู้ (Teaching) การวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychosocial)

3) นำแผนการดูแล (Clinical pathway) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องหลังจากปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และให้กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในขั้นตอนการทดลอง

3. คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช โดยทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ศึกษาเนื้อหาสาระของคู่มือปฏิบัติงานฉบับนี้ โดยการอ่านและทำความเข้าใจตามขั้นตอนอย่างละเอียดก่อนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง มีขั้นตอนการสร้างคู่มือ ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง และการ

พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง รวมทั้งขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2) กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนและกระบวนในการให้การดูแล บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ แผนการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

3) เขียนและสร้างเนื้อหาของคู่มือ เนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย คำชี้แจงวิธีการใช้คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับแบบประคับประคอง แนวคิด ความหมาย คำศัพท์เฉพาะ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย แผนการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง รวมทั้งตัวอย่างขั้นตอนการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีขั้นตอนแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

(1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งชายและหญิงมีระดับคะแนน Palliative Performance scale เท่ากับ 30 – 60% และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยการผ่าตัด

(2) สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยการแนะนำตัวแสดงความเป็นมิตร รวมทั้งแนะนำสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะเข้าพักรับการรักษา และสิทธิ์การรักษา

(3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และนำข้อมูลมา วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย

(4) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลาและผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

แผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

(1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับ พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการดูแลตามแผน การดูแลและขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลโดยให้ การดูแลร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ องค์กรอนามัยโลก (2014) โดยมีหลักการดูแลดังนี้ 1) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 2) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกแนวทางการดูแลตนเองให้ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งดูแลช่วยเหลือเพื่อลดและบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ให้การดูแลเน้นความสุขสบายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการ ไม่สุขสบายอื่นๆที่เป็นปัญหา 4) ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีชีวิตถึงภาวะใกล้ตายว่าเป็นเรื่องปกติและเรื่องธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยพยายามใช้ชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขระหว่างการรักษา และ 5) ให้การดูแลโดยการประเมินและค้นหาความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจเพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

(2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนที่กำหนดไว้ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

(1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับพยาบาล และทีมสหสาขา ในการวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลสอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ครอบคลุมถึงการดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุม การเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟู

สภาพร่างกาย รวมทั้งการให้ข้อมูลกรณีเกิดภาวะอาการฉุกเฉิน เช่น อาการปวดที่มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น

(2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมเลือกสถานที่ดูแลหรือสถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย หรือเมื่อเสียชีวิต

(3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีการประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง ในการส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน

(4) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินและประสานงานจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น เตียงนอน รถเข็น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น

(5) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการความผิดปกติ รวมทั้งปัญหาในการดูแลการใช้แหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาล หรือสถานบริการใกล้บ้าน และจดบันทึกสรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลในครั้งต่อไป

4) ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่จัดทำทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องภาษา รูปแบบ เนื้อหา และความน่าสนใจของคู่มือ หลังจากปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 1 คน และอาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์และกายภาพบำบัด ซึ่งเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง จำนวน 1 คน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ได้จากสูตรดังนี้ (Burn & Grove, 2005)

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

กำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 4 หมายถึง เนื้อหาคู่มือมีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 3 หมายถึง เนื้อหาคู่มือจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 2 หมายถึง เนื้อหาคู่มือจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 1 หมายถึง เนื้อหาคู่มือไม่มีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ในการวิจัย

โดยผู้วิจัยกำหนดข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ในการสอบถามความถูกต้อง ความครอบคลุม และความชัดเจนของเนื้อหา ดังนี้

(1) เนื้อหามีความน่าสนใจ

(2) เนื้อหามีความสำคัญต่อการนำใช้

(3) เนื้อหามีความสอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

(4) เนื้อหามีความยากง่ายเหมาะสมกับผู้นำไปใช้

(5) ลักษณะของขนาด สี ตัวอักษร ชัดเจนสวยงาม เหมาะสมกับผู้ใช้

(6) ใช้ภาษาถูกต้อง เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพ

(7) ใช้ภาษาสื่อความหมายได้ชัดเจนเหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพ

(8) แนวคิด และการนำเสนอชัดเจน มีเอกภาพ ไม่สับสน สามารถทำให้ผู้อ่านติดตามเนื้อหาผลงานได้โดยสะดวก

(9) เนื้อหามีความถูกต้อง และครบถ้วนสมบูรณ์

(10) สามารถนำไปใช้เป็นแหล่งอ้างอิง และสามารถนำไปปฏิบัติได้

ผลจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีข้อเสนอแนะปรับแก้ไข ได้แก่

(1) ปรับเนื้อหาบางส่วนให้ถูกต้องเหมาะสม ในส่วนของแผนการดูแล เช่น ลดความซ้ำซ้อนแต่ละกิจกรรม เนื้อหาในด้านการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเติมในส่วนของบทบาทของ

ครอบครัว การเผชิญกับความสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย และด้านความเชื่อทางศาสนา เพิ่มเนื้อหาของโรค พยาธิสภาพ และการผ่าตัดโดยสังเขป

(2) ส่วนของภาษา ลักษณะของขนาด สี ตัวอักษร ชัดเจนสวยงาม ควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ใช้ โดยปรับหัวข้อให้ชัดเจน ขึ้นหน้าใหม่ในทุกหัวข้อตามสารบัญ ปรับรูปแบบให้น่าอ่าน อย่าเป็นตัวหนังสือติดกันตลอดทั้งเล่ม และปรับแก้ภาษาให้กระชับไม่ซ้ำซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบกำกับการทดลอง

เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนการดูแลผู้ป่วย และแนวทางการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำเนื้อหาที่แสดงถึงพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามกรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell and Than (2010) 6 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การประสานงานและการจัดทำแผนการดูแล การดำเนินงานตามแผนการดูแล การประเมินและการติดตามผล และการเฝ้ากำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้ข้อคำถามการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการกำกับให้กลุ่มทดลองทุกคนต้องปฏิบัติการพยาบาล ตามรายการที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของกิจกรรมการดูแลทั้งหมดในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง มีลักษณะเป็นตารางระบุพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามรายการที่ดูแลผู้ป่วย และระบุสิ่งที่ได้จากการสังเกตว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่สังเกต โดยใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างโดยพิจารณาตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

“ปฏิบัติ” หมายถึง พยาบาลปฏิบัติตามกิจกรรมตามรายการที่กำหนดไว้

“ไม่ปฏิบัติ” หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามรายการที่กำหนดไว้

“หมายเหตุ” หมายถึง พยาบาลไม่ปฏิบัติกิจกรรมตามรายการที่กำหนดไว้ ให้เขียนอธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติ = 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ถ้าไม่ปฏิบัติด้วยสาเหตุอื่น ระบุในหมายเหตุ=ไม่มีคะแนน จะไม่คิดคะแนนและจำนวนข้อ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและปรับปรุงเนื้อหา การใช้ภาษา หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ภาษา ผลจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) เท่ากับ 0.90 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีข้อเสนอแนะปรับแก้ไข จากข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ มีการปรับข้อคำถาม 5 ข้อ ให้ใช้ภาษาชัดเจนและสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และไม่มีข้อคำถามที่ เพิ่ม หรือตัดทิ้ง

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองไปใช้ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมกันใช้แบบกำกับการทดลองและสังเกตพฤติกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเวรของพยาบาลในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต จากสูตร Inter- rater reliability (Polit and Hunger, 1999) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน + จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ได้ค่าความเที่ยงซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาเพื่อใช้ในการบันทึกและคำนวณจำนวนวันนอนโรงพยาบาลตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (2549) โดยให้นับตั้งแต่เวลาที่รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึง หรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน นำไปใช้ในการบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจำหน่าย ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดเกณฑ์ในการจำหน่ายเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล ดังนี้

(1) จำหน่ายเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะจำหน่ายได้

(2) จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้าน หรือเพื่อการส่งต่อสู่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะโรค หรือโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน

2) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล (2549) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

(1) ผู้วิจัยศึกษา เอกสาร ตำรา วารสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

(2) กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบแนวคิด มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล (2549) ในการประเมิน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างจากการกรอบแนวคิดมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล (2549) ประกอบด้วย คำถามปลายปิดมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ 1 ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย การจัดการกับความเจ็บปวด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลของการจัดการ ในการใช้ระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดต่อประสานงาน แก้ไขปัญหามีความรวดเร็วมากขึ้น และมีการใช้ระยะเวลาได้อย่างเหมาะสมกับกิจกรรมแต่ละขั้นตอน

องค์ประกอบที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการประเมินผลการจัดการดูแล การสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาการปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์

องค์ประกอบที่ 4 ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลการจัดการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูล ได้รับคำแนะนำในการดูแลก่อนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับภาวะสุขภาพตามแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งมีแผนการติดตามหลังจำหน่ายและส่งต่อ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

(3) สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยข้อคำถามคำนึงถึง คำนิยาม ตัวแปรการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 22 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ	5	ข้อ
ด้านที่ 2 ประสิทธิภาพในการใช้เวลา	5	ข้อ
ด้านที่ 3 ประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ	5	ข้อ
ด้านที่ 4 ประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย	7	ข้อ

โดยมีข้อคำถามลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคริต (Likert scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบดังนี้

5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด
4 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงมาก
3 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
2 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงน้อย
1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริง

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการการวัดการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพให้ความหมายโดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับอยู่ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยมาก

(4) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและปรับปรุงเนื้อหา การใช้ภาษา หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ผลจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) เท่ากับ 0.90 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีข้อเสนอแนะปรับแก้ไขได้แก่ ปรับด้านภาษาและความสอดคล้องกับเนื้อหาให้มีความชัดเจนจากข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ปรับข้อคำถาม 17 ข้อ เพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ รวมมีข้อคำถาม ทั้งหมด 22 ข้อ โดยเพิ่มจำนวนข้อคำถาม ในด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย

(5) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟ่าครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมเท่ากับ 0.87 เมื่อจำแนกรายด้าน ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าแอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.98 ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลามีค่าแอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.98 ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าแอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.93 และด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่ายมีค่าแอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.99

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูล และศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการสร้าง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ของโรงพยาบาลศิริราช

3) เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน และคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีและระยะเวลาดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธ์ของผู้ร่วมวิจัยทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และขอใช้สถานที่ในการจัดอบรมและการดำเนินการวิจัย โดยจัดแบ่งพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

4) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย โดยชี้แจงตามเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย เกี่ยวกับที่มาของโครงการวิจัย จุดมุ่งหมายในการทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

5) เตรียมการอบรม เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญโดยเรียนเชิญวิทยากร 2 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ความรู้ในหัวข้อเรื่อง Palliative care แนวคิดหลักการสู่การประยุกต์ใช้ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับผู้เชี่ยวชาญการใช้รูปแบบการพยาบาลและกระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ให้ความรู้ในหัวข้อเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวคิดหลักการสู่การประยุกต์ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติผู้เชี่ยวชาญจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณบดีต้นสังกัดของผู้เชี่ยวชาญเพื่ออนุมัติเป็นวิทยากร

6) เขียนโครงการอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง จัดเตรียมเอกสาร

สำหรับผู้เข้าอบรม เช่น คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 ณ ห้องประชุมตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

7) ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเป็นผู้ช่วยกำกับการทดลอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 5 ปี 1 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ยินดีเข้าร่วมปฏิบัติงาน ดูแลช่วยเหลือและเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตเป็นการสังเกตตามสถานการณ์ทำการสังเกตการดูแลทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

(1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ

(2) อธิบายผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจถึงวิธีการใช้แบบกำกับการทดลองและ ฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยใช้จนปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลองและการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระยะก่อนการทดลอง

(1) เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 10 คน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2557 ถึง 30 มิถุนายน 2559

(2) เก็บข้อมูลการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

(3) จัดการอบรมให้ความรู้เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ให้แก่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวม13 คน โดยรูปแบบการอบรมเป็นการบรรยาย ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และระดมความคิดจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้แสดงความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยราย

กรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน เวลา 8.00– 16.00 น. ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 ณ ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

(4) ภายหลังการจัดอบรม ผู้เข้าร่วมการอบรมมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ขั้นตอนการดูแลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และแผนการดูแลผู้ป่วย มีการยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความสนใจในการศึกษาทำความเข้าใจกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผลการวิเคราะห์การประเมินผลการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.68)

(5) ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วย ที่ได้จากการระดมความคิดเห็นของพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ และมอบแผนการดูแลผู้ป่วย คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ให้พยาบาลวิชาชีพสำหรับศึกษาและทำความเข้าใจใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน

2) ระยะดำเนินการทดลอง

(1) พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทดลองปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและแผนการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งชายและหญิง และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยการผ่าตัด และกำหนดระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale) เท่ากับ 30 - 60 % ซึ่ง palliative performance scale ใช้ประเมินความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบประเมินที่ใช้การสังเกตในการประเมินระดับ PPS ของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0, 10, 20, 30 จนถึง 100 สำหรับคะแนน 0 หมายถึง

ผู้ป่วยเสียชีวิตและคะแนน 100 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีประโยชน์มากในการเฝ้าติดตามดูการเปลี่ยนผ่านหรือเฝ้าติดตามโรค การวางแผนจำหน่าย และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ

1.2 สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยการแนะนำตัวแสดงความเป็นมิตรรวมทั้งแนะนำสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะเข้าพักรับการรักษา และสิทธิ์การรักษา

1.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และนำข้อมูลมา วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย

1.4 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลาและผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษาและการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลโดยให้การดูแลร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ องค์กรอนามัยโลก (2014) โดยมีหลักการดูแลดังนี้

1) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกแนวทางการดูแลตนเองให้ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งดูแลช่วยเหลือเพื่อลดและบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

3) ให้การดูแลเน้นความสุขสบายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆที่เป็นปัญหา

4) ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีชีวิตถึงภาวะใกล้ตายว่าเป็นเรื่องปกติและเรื่องธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยพยายามใช้ชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขระหว่างการรักษา

5) ให้การดูแลโดยการประเมินและค้นหาความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจเพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

2.2. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนที่กำหนดไว้ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย ระหว่างดำเนินการตามขั้นตอนหากพบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและดำเนินการตามแนวทางนั้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำการเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับพยาบาล และทีมสหสาขาในการวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลสอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ครอบคลุมถึงการดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการให้ข้อมูลกรณีเกิดภาวะอาการฉุกเฉิน เช่น อาการปวดที่มากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น

3.2 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมเลือกสถานที่ดูแลหรือสถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย หรือเมื่อเสียชีวิต

3.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีการประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องในการส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน

3.4 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินและประสานงานจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น เตียงนอน รถเข็น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น

3.5 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยกำหนดให้มีช่วงเวลาในการติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์และหลังจำหน่าย 1 เดือนซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ (ดังแสดงในรายการภาคผนวก ง) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวและสอบถามเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพ และอาการรบกวนที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อาการท้องผูก การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น และสอบถามถึงแนวทางการจัดการกับปัญหา เมื่อพบอาการผิดปกติ การใช้แหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาล หรือสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัว พบปัญหาและไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือมีแนวทางการจัดการปัญหาที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ให้ข้อมูลและแนวทางการจัดการปัญหาที่ถูกต้องครบถ้วน และจดบันทึกสรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลในครั้งต่อไป

ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นผู้กำกับการทดลองโดยขึ้นเวรร่วมปฏิบัติงาน และช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง บันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติ ลงในใบกำกับการทดลอง ทุกวัน ทุกเวรโดยการสุ่มเวลาในการกำกับ เพื่อช่วยให้มีการติดตามการปฏิบัติตามกระบวนการของ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้มีความครอบคลุมมากขึ้น พยาบาลจะถูกสังเกตทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เป็นจำนวนคนละ 2 ครั้ง ซึ่งหากพบว่าพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามรายการที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงและอธิบายในส่วนที่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติและแนะนำให้ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ (ดังแสดงในรายละเอียดตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงจำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลการใช้รูแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (n=10)

ข้อที่	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีได้อย่างเหมาะสม	9 (90%)	1 (10%)	10 (100%)	-
2.	สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	-
3.	ประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและนำข้อมูลมา วิเคราะห์ค้นหาปัญหาประเมินความต้องการของผู้ป่วย	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)	-
4.	ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)	-
5.	ให้การพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)	-
6.	ประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)	-
7.	ให้คำปรึกษา วางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลสอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย	10 (100%)	-	10 (100%)	-
8.	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าการจัดการ อาการและปัญหาต่างๆเมื่อกลับบ้าน	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)	-
9.	บันทึกข้อมูลการดูแล และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	10 (100%)	-	10 (100%)	-
10.	ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อการส่งต่อและจำหน่ายกลับบ้าน	10 (100%)	-	10 (100%)	-
11.	ประเมินผลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อตอบปัญหาและความต้องการ การดูแลต่อเนื่อง	10 (100%)	-	10 (100%)	-

ขณะดำเนินการทดลองพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการทดลองดังนี้

1. ในช่วงเริ่มดำเนินการทดลองพบว่าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณียังมีการประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความมั่นใจในการใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale) และไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนของแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ผู้วิจัยแก้ไขโดยชี้แจงทำความเข้าใจในเรื่องรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง การใช้ clinical pathway การใช้แบบประเมิน Palliative Performance scale และร่วมประชุมทบทวนแนวทางการใช้คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองอีกครั้งในการประชุมหอผู้ป่วย พร้อมทั้งให้แผ่นซีดีที่บันทึกความรู้ในวันที่จัดโครงการอบรม เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ทบทวนด้วยตนเอง ผู้วิจัยยังให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ให้ความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2. ในระหว่างดำเนินการทดลองพบว่าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ช่วง 5-9 ปี มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารและประสานงานกับหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้องเช่น หน่วยจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นต่างๆ เนื่องจากประสบการณ์น้อยทำให้ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการทดลองโดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของผู้ป่วยแต่ละราย และเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559

2) การรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ซึ่งแบบสอบถามเป็นชุดเดียวกันกับก่อนระยะทดลอง

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ 077/2016 จึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลโดยข้อมูล ทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม และเชิงวิชาการเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล ขณะทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการทดลองได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย หากมีข้อสงสัยหรือคำถามต่างๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีในกลุ่มเปรียบเทียบ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีของกลุ่มทดลอง

3) เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ในกลุ่มเปรียบเทียบ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีของกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก ในการทดสอบสมมุติฐาน ซึ่งสถิติที่ใช้ทดสอบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน คือ Mann-Whitney U test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก ในการทดสอบมุติฐาน ซึ่งสถิติที่ใช้ทดสอบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน คือ Wilcoxon - matched pairs signed- ranks test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เตรียมสถานที่ เตรียมพยาบาล

↓

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1.2 เก็บข้อมูลการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

1.3 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 แจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแนวทางการดูแลผู้ป่วย

2.2 ทดลองปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและแผนการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล ตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกำหนดระดับความรุนแรงของโรคโดยประเมินจาก คะแนน Palliative Performance scale เท่ากับ 30 - 60 % หลังจากนั้นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพและระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และร่วมกันวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูล สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อและจำหน่ายกลับบ้าน

↓

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง

1. เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน

2. เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และเพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยคนที่	จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ)		
	การพยาบาลแบบปกติ	รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง	
1	26	20	
2	20	14	
3	25	8	
4	22	12	
5	36	21	
6	41	14	
7	37	14	
8	25	21	
9	52	14	
10	50	20	
Md	31	14	U = 3.000
IR	19	6.75	p-value =.000
$\bar{x}$	33.4	15.8	
SD	11.5	4.4	

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล สูงสุด 21 วัน ต่ำสุด 8 วัน เฉลี่ย 15.8 วัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสูงสุด 52 วัน ต่ำสุด

20 วัน เฉลี่ย 33.4 วัน และค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพการพยาบาลด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างการพยาบาลแบบปกติ และการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 10)

ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ	**การพยาบาลแบบปกติ**		**รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง**	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถพัฒนาทักษะ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนที่ทำให้ไม่สุขสบายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	3.10	0.73	4.60	.000
ผู้ป่วยและครอบครัว มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยและรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบได้	3.50	0.52	4.50	0.52
ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรคและ แผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.30	0.67	4.40	0.51
ผู้ป่วยและครอบครัวทราบอาการเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้	2.90	0.73	4.20	0.42
ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประเมิน ตัดสินใจและค้นหาทางเลือกแผนการรักษา ได้อย่างเหมาะสม	2.70	0.82	4.00	.000
รวม	**3.1**	**0.69**	**4.3**	**0.39**

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพบริการพยาบาลความความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จากการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.3) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 3.1) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าข้อที่คะแนนความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ สามารถพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนที่ทำให้ไม่สุขสบายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ($\bar{x}$= 4.6) รองลงมาคือ มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยและรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบได้ ($\bar{x}$= 4.5) และน้อยที่สุดคือ สามารถประเมินตัดสินใจและค้นหาทางเลือกแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ($\bar{x}$= 4.0)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพการพยาบาลด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลาระหว่างการพยาบาลแบบปกติ และการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 10)

ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา	การพยาบาลแบบปกติ		รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
การบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการให้ข้อมูล สอนและแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	3.30	0.82	4.70	0.48
การบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างรวดเร็วและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย	3.20	0.91	4.30	0.48
บริหารเวลาในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมาะสม	3.40	0.69	4.20	0.42
บริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการติดตามกำกับการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลและกระบวนการพยาบาลตามที่กำหนดไว้	3.20	.789	4.10	0.31
การบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง	3.20	.789	4.10	0.31
รวม	**3.2**	**0.79**	**4.2**	**0.40**

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพบริการพยาบาลด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา จากการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.2) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=3.2) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าข้อที่คะแนนประสิทธิภาพในการใช้เวลามากที่สุด คือ มีการบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการให้ข้อมูล สอนและแนะนำการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ($\bar{x}$=4.7) รองลงมาคือ มีการบริหารจัดการเวลา ได้เพียงพอในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างรวดเร็วและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ($\bar{x}$=4.5) และน้อยที่สุด คือมีการบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง และมีการบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการติดตามกำกับการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลและกระบวนการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ ($\bar{x}$=4.1)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพการพยาบาลด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างการพยาบาลแบบปกติ และการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 10)

ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ	**การพยาบาลแบบปกติ**		**รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง**	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ทีมสหสาขาร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลและวางแผนการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	2.80	0.91	4.30	0.48
ทีมสหสาขาร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล	2.80	0.78	4.20	0.42
ทีมสหสาขามีการประเมินผลการทำงานร่วมกันเพื่อหาแนวทางปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอ	3.00	0.81	4.00	.000
ทีมสหสาขามีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อปรับแผนการดูแลรักษาเมื่อเกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับผู้ป่วย	2.80	0.78	4.00	.000
ทีมสหสาขาปรึกษาหารือร่วมกันในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและ จัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต.ตามความต้องการของผู้ป่วย	2.60	0.84	3.40	0.51
รวม	**2.8**	**0.82**	**3.98**	**0.56**

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพบริการพยาบาลด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพจากการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.98) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.8) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าข้อที่คะแนนคุณภาพบริการพยาบาลด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพมากที่สุด คือ พยาบาลและทีมสหสาขาร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลและวางแผนการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ($\bar{x}$=4.3) รองลงมาคือ พยาบาลและทีมสหสาขาร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($\bar{x}$= 4.2) และน้อยที่สุด คือพยาบาลปรึกษาหารือกับทีมสหสาขาในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วย ($\bar{x}$=3.4)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพการพยาบาลด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่ายระหว่างการพยาบาลแบบปกติ และการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (n= 10)

ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย	การพยาบาลแบบปกติ		รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
บันทึกทางการพยาบาลเพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสหสาขาทราบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล	3.70	0.67	4.70	0.48
ประเมินและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อกลับบ้านได้	3.30	0.48	4.70	0.48
ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและประสานงาน ส่งต่อ เพื่อใช้บริการแหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.10	0.56	4.70	0.48
เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขา	3.00	0.81	4.10	0.87
ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการปฏิบัติการพยาบาล ที่วางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล	3.50	0.70	4.10	0.31
ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจดบันทึกสรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแล	2.70	0.82	4.00	0.47

ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย	การพยาบาลแบบปกติ		รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ทีมสหสาขาคาดการณ์ระยะเวลาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้	2.80	0.78	3.70	0.67
รวม	**3.1**	**0.74**	**4.1**	**0.47**

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพบริการพยาบาลด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่ายจากการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.1) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.1) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าข้อที่คะแนนคุณภาพบริการพยาบาลด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่ายมากที่สุดมี 3 ข้อ คือพยาบาลมีการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลมีการประเมินและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อกลับบ้านได้ และพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและประสานงาน ส่งต่อ เพื่อใช้บริการแหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X}$= 4.7) และน้อยที่สุด คือพยาบาลและทีมสหสาขาคาดการณ์ระยะเวลาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ ($\bar{X}$= 3.7)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ		การพยาบาลแบบปกติ (N=10)	รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (N=10)	Z	p-value
ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ	$\bar{X}$	3.1	4.3		
	SD	0.69	0.39		
	ระดับ	ปานกลาง	มาก		
	Md	3.0	4.3	2.831	.005
	IR	1.15	0.85		
ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา	$\bar{X}$	3.2	4.2		
	SD	0.79	0.40		
	ระดับ	ปานกลาง	มาก		
	Md	3.2	4.2	2.810	.005
	IR	1.0	0.45		
ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ	$\bar{X}$	2.8	3.98		
	SD	0.82	0.56		
	ระดับ	ปานกลาง	มาก		
	Md	2.7	3.8	2.810	.005
	IR	1.55	0.65		
ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย	$\bar{X}$	3.1	4.2		
	SD	0.74	0.53		
	ระดับ	ปานกลาง	มาก		
	Md	3.2	4.42	2.812	.005
	IR	1.10	0.85		

คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ		การพยาบาลแบบปกติ (N=10)	รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (N=10)	Z	p-value
รวม	$\bar{X}$	3.05	4.1		
	SD	0.74	0.47		
	ระดับ	ปานกลาง	มาก		
	Md	3.02	4.18	2.805	.005
	IR	1.2	0.70		

จากตารางที่ 10 พบว่าคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.05) และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.1) และค่าเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองดีกว่าการใช้การพยาบาลแบบปกติทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองดีกว่าการพยาบาลแบบปกติ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และเพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอสรุปผลการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการดำเนินการวิจัย

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่มารับบริการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คนแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบปกติ ที่มีการมอบหมายตามหน้าที่รับผิดชอบ ทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน และกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มโดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้าน กลุ่มโรค เพศ อายุ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(palliative performance scale)

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โครงการอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เป็นโครงการอบรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ใช้ในการอบรมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เข้าร่วมอบรม ทั้งหมด 10 คน และมีบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาที่ร่วมดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมอบรม ระยะเวลา 1 วัน ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 ณ ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

2) แผนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยผู้วิจัยร่วมประชุมและหาแนวทางร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาการปรึกษา จัดทำเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยร่วมกันกำหนดปัญหาของผู้ป่วย กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละกิจกรรม กำหนดกิจกรรมการดูแลรักษา และกำหนดช่วงเวลาของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพตั้งแต่วันแรกของการรับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งวันจำหน่ายกลับบ้าน และนำแผนการดูแล (Clinical pathway) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมของ เนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษา เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และให้กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในขั้นตอนการทดลอง

3) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell and Than (2010) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดของ World Health Organization (2014) และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ของ National Institute for Health and Care Excellence guideline (2008) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ศึกษาเพิ่มเติมภายหลังการอบรมการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI = .80

ส่วนที่ 2 แบบกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนการดูแลผู้ป่วย และแนวทางการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง มีลักษณะเป็นตารางระบุพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามรายการที่ดูแลผู้ป่วย และระบุสิ่งที่ได้จากการสังเกตว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่สังเกต โดยใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างโดยพิจารณาตามเกณฑ์ และมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อที่ปฏิบัติได้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติด้วยสาเหตุอื่น ระบุในหมายเหตุ เท่ากับ ไม่มีคะแนน จะไม่คิดคะแนนและจำนวนข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI = 0.90

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาเพื่อใช้ในการบันทึกและคำนวณจำนวนวันนอนโรงพยาบาลตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังโดยให้นับตั้งแต่เวลาที่รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึง หรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน นำไปใช้ในการบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจำหน่ายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

2) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล (2549) โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5) ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 6-10) ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 11-15) และด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 16–22) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคริต (Likert scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI = 0.90 และตรวจสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟ่าครอนบาค ของแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมเท่ากับ 0.87 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามชุดนี้มีความน่าเชื่อถือ

1.3 ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอใช้สถานที่ในการจัดอบรมและการดำเนินการวิจัย ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

3) เตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

4) เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเป็นผู้ช่วยกำกับการทดลอง เป็นผู้สังเกตการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลองและการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระยะก่อนการทดลอง

(1) เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 10 คน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลัง ตั้งแต่ มีนาคม 2557 ถึง มิถุนายน 2559

(2) เก็บข้อมูลการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

(3) จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังให้แก่ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวม 13 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน เวลา 8.00–16.00 น. ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 ณ.ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

2) ระยะดำเนินการทดลอง

(1) พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทดลองปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและแผนการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบ

ประคับประคอง โดยเริ่มใช้การทดลองเป็นระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการทดลองโดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของผู้ป่วยแต่ละราย และเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559

2) การรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ซึ่งแบบสอบถามเป็นชุดเดียวกันกับก่อนระยะทดลอง

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก Mann-Whitney U test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Non parametric โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon matched -pairs signed-ranks test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

2. สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง หลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยที่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล สูงสุด 21 วัน ต่ำสุด 8 วัน เฉลี่ย 15.8 วัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล สูงสุด 52 วัน ต่ำสุด 20 วัน เฉลี่ย 33.4 วัน ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบ

ประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการเปรียบเทียบคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน (ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ และด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองทุกด้าน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

3.1 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระดูกสันหลังลดลงหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่ผู้วิจัย ทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการแนวความคิด ของ Powell and Tahan (2010) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ World Health Organization (2014) ซึ่งมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆซึ่งกิจกรรมใน Clinical pathway ประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมิน การวินิจฉัยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยา โภชนาการ กำหนดกิจกรรม การให้ความรู้ การวางแผนจำหน่าย และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ร่วมกับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของ National Institute for Health and Care Excellence (2008) ซึ่งเป็นแนวทางเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ได้มีการกำหนดผลลัพธ์การดูแลประเมินปัญหาสุขภาพกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยป้องกันการ

ติดเชื้อ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมไปถึงการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การฉายรังสีรักษา และการได้รับยาเคมีบำบัด และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากโรคเร็ว

จากแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังดังกล่าวข้างต้นนั้น มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานงานควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล การดูแลและการทำงานภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทำให้เกิดการประสานงานที่ดี ไม่มีความซ้ำซ้อนกันในกิจกรรมการให้บริการตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะช่วยติดต่อประสานงาน แก้ไขปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความล่าช้า ลดระยะเวลาในการตรวจรักษา การพยาบาล ผู้รับบริการจึงไม่ต้องเสียเวลานานในอยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลและคัดเลือกเข้าสู่กระบวนการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจากนั้นร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งแผนการดูแลส่งผลให้พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่เคร่งครัดและเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น กิจกรรมในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับเตรียมความพร้อมอย่างครบถ้วน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงการดูแลหลังการผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการดูแลจากการวิจัยช่วยลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนได้ เช่นเมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นฟูมีปัญหาอาการปวดเรื้อรังจากภาวะของโรคมะเร็ง ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูร่างกายเช่นการบริหารปอด การลุกนั่งบนเตียง และมีภาวะวิตกกังวล ร้องไห้ในบางวัน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจึงประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยประสานงานและสื่อสารกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ผู้รักษา นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยาการปรึกษา เพื่อหาแนวทางแก้ไข ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การปรึกษาแพทย์หน่วยระงับปวดเพื่อให้ยาบรรเทาอาการปวด โดยมีพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาและดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลได้ต่อไป จนเข้าสู่ระยะการวางแผนการจำหน่าย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับทีม ให้ข้อมูลสอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ครอบคลุมถึงการดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด การจัดการกับ

กลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการให้ข้อมูลกรณีเกิดภาวะอาการฉุกเฉิน เช่น อาการปวดที่มากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ภาวะหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการกลับบ้าน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจึงสามารถกลับบ้านตามระยะเวลาที่กำหนดได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Seow et al. (2008) ซึ่งศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการรักษา มีความรู้และความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการปวด รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าจำนวนวันนอนนับว่าเป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงคุณภาพในการดูแลที่โรงพยาบาลต้องนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพในการดูแล ซึ่งเมื่อระบบการบริการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นกลับบ้านได้เร็ว จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลจะลดลง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ซึ่งรูปแบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมและแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลพบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการบริการ ที่สามารถช่วยลดความซ้ำซ้อนในการกระบวนการพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยช่วยติดต่อประสานงาน แก้ไขปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความล่าช้า ดังนั้นการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังสามารถทำให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลงได้

3.2 คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง สูงกว่าการพยาบาลแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ($\bar{X}$=4.1) สูงกว่าการพยาบาลแบบปกติ ($\bar{X}$= 3.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าคุณภาพการพยาบาลตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความสามารถในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย และด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกด้านอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.3, 4.2, 4.2 และ 3.98 ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวคิดของ Powell and Tahan (2010) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ World Health Organization (2014) มีผลทำให้คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเป็นคุณภาพการบริการในมุมมองของผู้ให้บริการซึ่งหมายถึงคุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานเชิง

วิชาชีพ หรือมาตรฐานเชิงเทคนิคที่ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (กฤติมา ดอกมะงั่ว, 2554) ดังนั้นการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความชำนาญและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง และนำข้อมูลมาประสานงานกับทีมในการดูแล ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแล วางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน การส่งต่อ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง การตัดสินใจจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2557) จากกระบวนการและขั้นตอนดังกล่าว ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) ได้สรุปข้อดีของรูปแบบการบริการการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลว่า ทำให้เกิดระบบการจัดการด้านผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น และรู้วิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้นได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องครอบคลุมลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล จึงช่วยลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลงได้ ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงคุณภาพการพยาบาลในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น และสร้างความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

หากพิจารณาถึงรูปแบบริการการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการกำกับติดตามผลการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแล และกระบวนการดูแล ตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell and Than (2010) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดของ World Health Organization (2014) และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของ National Institute for Health and Care Excellence guideline (2008) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ เริ่มตั้งแต่ระยะที่1 โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย หลังจากนั้นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพและระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยตามกระบวนการพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และร่วมกันการพัฒนาและประสานงานการดูแล วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล กำหนดระยะเวลาและกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยได้แก่ การให้การดูแลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและ

ประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย ระหว่างดำเนินการตามขั้นตอนหากพบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และดำเนินการตามแนวทางนั้น จนกระทั่งถึงระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูล สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อและจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม จะเห็นได้ว่าจากขั้นตอนและกระบวนการดูแล รวมทั้งการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่ครอบคลุม ทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพหรือประสิทธิภาพตรงตามหลักการ วิธีการ และมาตรฐานที่หน่วยงานหรือองค์กรกำหนดไว้

เมื่อพิจารณาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.3) อธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ อาการปวด การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัว ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษารวมไปถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Seow et al. (2008) ศึกษาเชิงสำรวจย้อนหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย โดยมีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 69 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติจำนวน 20 คน พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการรักษา รวมทั้งมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการปวด รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และ Ozcelik et al. (2014) ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะแพร่กระจาย โดยทำงานทดลองเป็นระยะเวลา 2 ปี มีกลุ่มผู้ป่วยทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน พบว่าการให้การดูแลดังกล่าวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่การดูแลและควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่นอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน อาการอ่อนล้า อาการหายใจลำบาก เป็นต้น จากผลการทดลองเมื่อใช้ รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและลดอาการไม่สุขสบายต่างๆได้ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแลรักษาร่วมกัน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการเนื่องจากช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น พึงพอใจต่อการได้รับการดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย มีการจัดการอาการไม่สุขสบาย ด้านอารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งมีการให้ความรู้และให้การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาต่างๆ และการศึกษาของ Warmock et al. (2014) ศึกษาและจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังโดยมีการสร้างแบบแผนการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลรายตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา และด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.2) อธิบายเป็นรายด้านได้ว่า ในด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีการประเมินและวางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่แรกรับไปจนถึงการจำหน่าย และมีการประสานงานความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลไม่ต้องใช้เวลานานในการประเมินปัญหา และความต้องการทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่เริ่มขั้นตอน ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพใหม่ ทำให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมไปถึงมีเวลาในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน สามารถใช้เวลาในการประสานงานกับทีมเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้จากการมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังดังกล่าวข้างต้นนั้นทำให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีแนวทางและระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแต่ละกิจกรรมให้ปฏิบัติได้ชัดเจน ทำให้ไม่มีความซ้ำซ้อนกันในกิจกรรมการให้บริการตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย สามารถอธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินความ

พร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง การบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและพร้อมที่จะกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน โดยมีการวางแผนของผู้ป่วยแต่ละรายในเรื่องให้ข้อมูล สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่ายประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care planning) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อและจำหน่ายกลับบ้านมีการจัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อกลับบ้านได้ มีการประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน และกำหนดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามประเมินอาการ ปัญหา ความต้องการ ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน Taylor et al. (2005) ศึกษาถึงผลการติดตามอาการและบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ พบว่ามีประโยชน์ในการช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาการเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการผิดปกติที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นได้ จากกระบวนการและขั้นตอนดังกล่าวจึงส่งเสริมให้คุณภาพการพยาบาลในด้านการวางแผนจำหน่ายและให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและเห็นผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลรายตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขา อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.98) อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการวิจัยนี้เป็นความร่วมมือกันของพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพชีพ โดยกำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมสุขภาพนอกจากนี้พยาบาลและ ทีมสหสาขาวิชาชีพยังมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย ระหว่างดำเนินการตามขั้นตอนหากพบ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีแจ้งให้ ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และดำเนินการตามแนวทางนั้น รวมทั้งยังมีการจัดประชุมระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาร่วมกัน จอม สุวรรณโณ (2541) ที่กล่าวว่าผลลัพธ์ของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากจะส่งผลให้คุณภาพบริการต่อผู้ป่วยดีแล้ว ยังส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอีกด้วย ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าหากทีมมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสัมพันธ์ ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยย่อมส่งผลให้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลที่ดีได้ สอดคล้องกับ Mettler et al. (2011) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบทดลอง พบว่าผู้ป่วย

โรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีควบคู่กับการพยาบาลแบบปกติ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ภายหลังการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อผลักดันให้บุคลากรอื่นๆได้เห็นความสำคัญของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้น

จากผลการวิจัยข้างต้น การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เพื่อให้พยาบาลได้พัฒนาความสามารถ ทักษะ ความรู้และหลักการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้พยาบาลทุกคนได้ถือปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการรักษาดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมทั้งได้รับข้อมูลความรู้เพื่อความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เลือกการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้งช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจต่อการบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มอื่นๆ

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีนโยบายในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความรู้ในบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการนำรูปแบบไปใช้เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งจะทำให้ได้รับความร่วมมือที่ดีจากทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น

5. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรตามที่เกิดจาก ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเติมเช่น คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว คุณภาพชีวิตผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย และค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤติมา ดอกมะงั่ว. (2554). **ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขต 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กฤษดา แสวงดี. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สำนัก การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติกร นิลมานัต. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช. (2557). **รายงานผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุ (75 กลุ่มโรค) แบบรง.505 ปี 2557 โรงพยาบาลศิริราช**. .[ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.si.mahidol.ac.th/office_h/medrecord/stunit/index4.htm. [25 กันยายน 2557].

จอม สุวรรณโณ. (2541). การจัดการผู้ป่วยเป็นรายกรณี: รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 6(2): 27-32.

จิราพร สิมากร. (2544). **ผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของพยาบาลและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราภรณ์ ศรไชย. (2543). **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. 2552. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care improving care of the dying**, 15-23. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี พริ้นท์ จำกัด.

นพรัตน์ เพชรพงษ์. (2545). **จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา พยุงธรรม. (2551). **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care**. เชียงใหม่: กลางเวียงพิมพ์.

ประชิด ศราธพันธุ์. (2557). **การนำองค์กรพยาบาล**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www1.si.mahidol.ac.th/nursing/ns/attachments/1195_570611_ppt_prachid_HA.pdf.

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน. (2541). **การบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2549). **การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทยาการพิมพ์.

เพทาย สำรวยผล. (2553). **ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). **การประกันคุณภาพการบริการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บลูพรินต์.

พัชรี คงปลอด. (2549). **ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2553). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย**. กรุงเทพมหานคร: ฮายาบุสะ กราฟฟิก.

พิไลพร สุขเจริญ. (2556). **ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิกุล นันทชัยพันธ์. (2557). การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. ใน ดุสิต สถาวร, (บรรณาธิการ). **Who care ? WE DO !**. 71-75. กรุงเทพมหานคร: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย.

พิทวัส ลีละพัฒนะ. (2557). มะเร็งลุกลามในกระดูกสันหลัง. ใน วรัท ทรรศนะวิภาส และคณะ (บรรณาธิการ). **The textbook of spine by SST: ตำรากระดูกสันหลัง.** กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.

รวีวรรณ เล็กวิลัย. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้ป่วย กับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เรวดี ศิรินคร และคณะ. (2543). **Case management.** การประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ *2* โรงแรมอิมพีเรียลควีนปาร์ค. กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). **การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

วรรณี มาศศรี. (2552). **ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2545). **การจัดการทางการพยาบาลกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิยมวิทยา.

วาสินี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ดียิ่ง, และจินต์จุฑา รอดพาล. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543). **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาบรูณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.** กรุงเทพมหานคร: สินทวีการพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2548). **มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.tnc.or.th/law/page-6.html. [12 พฤษภาคม 2557].

สภาการพยาบาล. (2549). **มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับมหาวิทยาลัยและคำอธิบาย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_QD/admin/download_files/91_72_1.pdf. [12 พฤษภาคม 2557].

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. (2555). **สารจากนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thaps.or.th/message/. [20ตุลาคม 2559].

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คำนิยามและสูตรคำนวณการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปีงบประมาณ 2557**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://database.nursing.go.th/new/. [12 พฤษภาคม 2557].

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). **แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะ ในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา**:** http://www.gogood.in.th/upload/article/F_1_1.pdf. [20 ตุลาคม 2559].

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **คุณภาพของระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Bopp, K. D. (1990). How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: A marketing perspective. **Journal of health care marketing**. 10(3): 6-15.

Burn, N., and Grove, S. K. (2005). **The Practice of nursing research: Conduct, Critique and utilization.** Philadelphia: W.B.Saunder.

Case Management Society of America. (2010). **Case Management Model Act.** [online]. Available from**:** http://www.cmsa.org. [2014, April].

Chassin, M. R. (1983). Health Technology Case Study 24: **Variations in Hospital Length of Stay: Their Relationship to Health Outcomes**., Washington D.C.: The United State of America Goverment Printing Office.

Chen, Y. C., Chang ,Y. J., Tsou, Y. C., Chen, M. C. and Pai, Y. C. (2013). Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at

a single medical center in Taiwan: a quasi – experimental study. **Bio Med Central Health Service Research**. 13: 202.

Eva, G., Paley, J., Miller, M., and Wee, B. (2009). Patients' constructions of disability in metastatic spinal cord compression. **Palliative Medicine**. 23: 132–140.

Fattal, C., et. al. (2009). Metastatic paraplegia: Care mangent characteristic with in a rehablitation center. **Spinal Cord**. 47: 115-121.

Harel, R., & Angelov, L. (2010). Spine metastases: Current treatments and future dtrections. **European Journal od cancer**. 46: 2696 –2707.

Kralj, B., & Kantarevic, J. (2012). Primary care model enrolment and hospital length of stay in Ontario: Patient rostering associated with reduced length of study, significant health system saving. **Ontorio Medical Review** 46: 16-19.

Izumi, S., Baggs, J. G. and. Knafl, K. A. (2010). Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: Concept development. **Research in Nursing & Health**. 33 (4): 299–315.

Meier, D. E. et al. (2004). Integrating case management and palliative care. **Journal of Palliative Medicine**. 7: 119 – 134.

Mettler, B. L., Stey, C. S., Senn, O., Wang, M., Bardhed, K., and Rosemann. (2011). **Case management in oncology rehabilitation (CAMON): The effect of case management on the quality of life in patients with cancer after one year of ambulant rehabilitation. A Study protocol for a randomized controlled clinical trial in oncology rehabilitation**. [online]. Available from: http://www.trialsjournal.com/content/12/1/103. [2014, April].

Motacki, K. and Burke, K. (2011). **Nursing delegation and management of patient care.** St. Louis: Mosby.

National Institute for Health and Care Excellence: online. (2008). **Metastatic spinal cord compression Diagnosis and management of adults at risk of and with metastatic spinal cord compression**. [online]. Available from: http://www.nice.org.uk / accreditation. [2014, April].

Omachonu, V. K. (1990). **Quality of care and the patient: New criteria for evaluation**. **Health Care Management Review.** 15(4): 43-50.

Owen, M. (2011). The Heart beat of case management: patient- centered case management. .**Professional Case Management**. 16: 87-88.

Ozcelik, H., Karabulut, B., & Uyar, M. (2014). Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients with cancer. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine** 31(6): 655-664.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple item scale for measuring consumers perceptions of service quality. **Journal of Retailing**. 64: 12-40.

Price, R. A., Stranges, E. and Elixhauser. A. (2012). **Cancer hospitalizations for adults, 2009.** [online]. Available from: http://www.hcup - us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb125.jsp. [2014, September].

Polit, P. F., and Hungler, B. P. (1999). **Nursing research: Principle and method research.** Philadephia: Lippincott- Raven.

Powell, S. K. (2000). **Case management: A practical guide to success in managed care**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). **Case management: A practical guide for education and practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, R. A., Stranges, E., & Elixhauser, A. (2012). **Cancer hospitalizations for adults, 2009**. [online]. Available from: http://www.hcup - us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb125.jsp. [2014, September].

Seow, H. et al. (2008). Evaluating a Palliative care case management program for cancer patients: The Omega Life Program. **Journal of Palliative Medicine**. 11: 1314 -1318.

Slocombe, A., & Boynes, S. (2005). Malignant spinal cord compression. **Radiography**. 11: 293- 298.

Taylor, E. C. Lopiccolo, C. J., Eisdorfer, C. and Clemence, C. (2005). **Reducing Rehospitalization With Telephonic Targeted Care Management in a Managed Health Care Plan PSYCHIATRIC SERVICES**. [online]. Available from: http://ps.psychiatryonline.org. June 2005 Vol. 56 No. 6. [2016, November]

Wamock, C., et. al. (2014). Improving care of patients with metastatic spinal cord compression. **British Journal of Nursing**. 23: 14-18.

Wang, L., Piet, L., Kenworthy, C. M. and Dy, S. M. 2014. Association between palliative case management and utilization of inpatient, Intensive Care Unit, Emergency Department and Hospice in Medicaid Beneficiaries. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine.** 1-5.

World Health Organization. (2014). **WHO definition of palliative care**. [online]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. [2014, November].

Yarbro, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (2000). **Cancer nursing: Principle and practice**. Canada: Jones and Bartlent.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	**ตำแหน่งปัจจุบัน/ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์**
รศ. ดร. จอนผะจง เพ็งจาด	**ตำแหน่งปัจจุบัน** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย **ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์** การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วย Palliative การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วย HIV/AIDS การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป การพยาบาลผู้ใหญ่ เขียนหนังสือ บทความทางวิชาการ
รศ. ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	**ตำแหน่งปัจจุบัน** อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล **ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์** Health System Research Critical Care Nursing Neuroscience Nursing Geronetic Nursing เขียนหนังสือ บทความทางวิชาการ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	**ตำแหน่งปัจจุบัน/ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์**
ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์	**ตำแหน่งปัจจุบัน** คณะกรรมการบริหารสภาการพยาบาล **ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์** การพยาบาลเฉพาะทาง,การวิจัย การพยาบาลออสโตมี่ วิทยากรเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล
อาจารย์ นพ.มนต์ชัย เรืองชัยนิคม	**ตำแหน่งปัจจุบัน** อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิคส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล **ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์** แพทย์เฉพาะทางผ่าตัดโรคทางกระดูกสันหลัง งานวิจัยและบทความวิชาการ
นางสาวสุรีย์ ลิ้มงคล	**ตำแหน่งปัจจุบัน** หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง และพยาบาล ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล ศิริราช **ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์** การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเอกสารเชิญวิทยากร และผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 1094

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1135
ชื่อนิสิต นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ โทร. 08-6406-7671

ที่ ศธ 0512.11/1094

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงศ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1135
ชื่อนิสิต นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ โทร. 08-6406-7671

ที่ ศธ 0512.11/ 1094

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่ ดังนี้

1. อาจารย์ นายแพทย์ มนต์ชัย เรืองชัยนิคม — อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด
2. นางสาวสุรีย์ ลิ้มงคล — หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง และพยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ นายแพทย์ มนต์ชัย เรืองชัยนิคม และนางสาวสุรีย์ ลิ้มงคล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 08-9814-0021
ชื่อนิสิต นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ โทร. 08-6406-7671

ที่ ศธ 0512.11/0677

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นวิทยากร

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนิสิตได้จัดโครงการอบรม เรื่อง "การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง" เพื่อใช้ประกอบกับกระบวนการในการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่ออบรมพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นวิทยากรบรรยาย เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวคิด หลักการสู่การประยุกต์ใช้ ในวันพฤหัสบดีที่ 12 พฤษภาคม 2559 เวลา 08.30-10.00 น. ณ ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นวิทยากร ตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 02-218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ โทร. 08-6406-7671

ที่ ศธ 0512.11/๒๖๗๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นวิทยากร

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนิสิตได้จัดโครงการอบรม เรื่อง "การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง" เพื่อใช้ประกอบกับกระบวนการในการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่ออบรมพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุรีย์ ลิ้มงคล หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง และพยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง Palliative care แนวคิด หลักการสู่การประยุกต์ใช้ และประสบการณ์การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในวันพฤหัสบดีที่ 12 พฤษภาคม 2559 เวลา 10.15-12.00 น. ณ ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นวิทยากร ตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสุรีย์ ลิ้มงคล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 02-218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ โทร. 08-6406-7671

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3n

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (สำหรับผู้ป่วย)

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์ และผศ. ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์

สถานที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ตึกสลากกินแบ่งรัฐบาล ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

เบอร์โทรศัพท์ 086-7067-671 (ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ☑ **ไม่มี** ☐ **มี ระบุ**.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมีจุดมุ่งหมายในการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลที่มุ่งเน้นการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย สำหรับโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรังและมีปัญหาในการดูแลที่ซับซ้อน รวมทั้งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อาจส่งผล ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับรูปแบบการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยบูรณาการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เนื่องจากจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากจำนวนวันนอนและเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร และมีคุณสมบัติที่จะได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 37 ราย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ หากท่านสมัครใจ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลบุคคล, ประวัติเจ็บป่วยและการรักษา และระยะเวลาการนอนอยู่โรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับ การพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดูแลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพและระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยตามกระบวนการพยาบาล นำข้อมูลมา วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย พัฒนาและประสานงานการดูแล วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล กำหนดระยะเวลาและกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้ การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล และขั้นตอนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วย ตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 3 มีประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูล สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ

มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อและจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการทดลองโดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย แต่ละราย และเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงน้อย ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นคือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจในการทดลอง ท่านมีสิทธิ์ที่จะขอออกจากการทดลองได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน เช่นเดิม

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ เบอร์โทรศัพท์ 086-7067-671 (ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ นางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ นอกเหนือจากท่านจะได้รับทราบถึงประสิทธิภาพในการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยการนำแนวคิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สร้างความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย

สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

รับรอง
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 682/2558 (EC1)
COA No.Si 07772016
วันที่รับรอง - 3 ก.พ. 2559

เอกสารหมายเลข 3

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ตึกสลากกินแบ่งชั้น 2 ร.พ. ศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700โทรศัพท์ โทรศัพท์ มือถือ 0864067671 ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผลโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

รับรอง
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 682/2558 (EC1)
COA No.Si 077/2016
วันที่รับรอง - 3 ก.พ. 2559

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

รับรอง
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 682/2558 (EC1)
COA No.Si 077/2016
วันที่รับรอง - 3 0 ม.ค. 2559

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (สำหรับพยาบาล)

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์ และผศ. ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์

สถานที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ตึกสลากกินแบ่งรัฐบาล ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

เบอร์โทรศัพท์ 086-7067-671 (ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ☑ **ไม่มี** ☐ **มี ระบุ**.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมีจุดมุ่งหมายในการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลที่มุ่งเน้นการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย สำหรับโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรังและมีปัญหาในการดูแลที่ซับซ้อน รวมทั้งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อาจส่งผล ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับรูปแบบการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยบูรณาการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เนื่องจากจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากจำนวนวันนอนและเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่มีอายุการปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และปฏิบัติในหน้าที่ พยาบาลหัวหน้าเวร

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 10 ราย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ หากท่านสมัครใจ ผู้วิจัยทำการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับที่มาของโครงการวิจัย จุดมุ่งหมายในการทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ดังมีรายละเอียดตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ท่านจะได้รับคำชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และการสอบถามความสมัครใจในการเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เป็นระยะเวลา 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังและ สามารถนำความรู้ไปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมการพยาบาล (Clinical pathway) รวมทั้งสามารถไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัย แจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ท่านซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน และทดลองปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและแผนการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ โดยกำหนดบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพและระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยตามกระบวนการพยาบาล นำข้อมูลมา วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย พัฒนาและประสานงานการดูแล วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล กำหนดระยะเวลาและกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 ดำเนินการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย

ระยะที่ 3 ประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูล สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อและจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

โดยขณะปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ท่านจะถูกสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ตามแผนการดูแลผู้ป่วย และแนวทางการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการทดลองโดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังของผู้ป่วย แต่ละราย และเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงน้อย ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจอึดอัดจากการถูกเฝ้ามองพฤติกรรม การตอบแบบสอบถาม อาจอึดอัดกับบางคำถาม ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบและขอออกจากการทดลองหรือไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆต่อการปฏิบัติงาน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ เบอร์โทรศัพท์ 086-7067-671 (ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ นางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ นอกเหนือจากท่านจะได้รับความรู้ด้าน ประสิทธิภาพในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยการนำแนวคิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สร้างความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาในการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลและมีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ในระบบอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาการของทีมสหสาขาในการร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

รับรอง
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 882/2558 (FC1)
COA No.Si 077/2016
วันที่รับรอง 3 ก.พ. 2559

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับพยาบาล)

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ตึกสลากกินแบ่งชั้น 2 ร.พ. ศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700โทรศัพท์ โทรศัพท์ มือถือ 0864067671 ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผลโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

รับรอง
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 682/2558 (EC1)
COA No.Si 077/2016
วันที่รับรอง 30 พ.ย. 2559

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

รับรอง
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 682/2558 (EC1)
COA No.SI 077/2016
วันที่รับรอง - 3 ก.พ. 2559

2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 077/2016

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล

รหัสโครงการ : 682/2558(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร (สำหรับพยาบาล)
4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร (สำหรับผู้ป่วย)
5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับพยาบาล)
6. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)
7. เครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัย
   - แผนการอบรม เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
   - แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
   - คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
   - แบบสอบถาม
8. แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์
9. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 3 กุมภาพันธ์ 2559

วันหมดอายุ : 2 กุมภาพันธ์ 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
- 9 ก.พ. 2559
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
10 ก.พ. 2559
วันที่

หน้า 1/2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / พ.ศ.57 / MO / 2667 / Mat. 10023253 / 3060

โรงพยาบาลศิริราช รับเลขที่ 010771 วันที่ 14 ธ.ค. 2559 เวลา 11.00

งานวิจัย เลขที่รับ 7942 วันที่ 11 ธ.ค. 2559 ผู้รับ เวลา 13.29

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 2680

งานวิจัย และสารสนเทศฯ เลขที่รับ 1187.1 วันที่ 21 ธ.ค. 2559 เวลา 15.00

ที่ ศธ 0517.07/ 3882

วันที่ 11 มีนาคม 2559

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ วันที่ 23 มี.ค. 2559 เวลา 15.00 น.

ฝ่ายการพยาบาล รพ. ศิริราช เลขที่รับ 3696 วันที่ 21 มี.ค. 2559 เวลา 13.30 น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ 0512.11/1643 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2558

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบบันทึกข้อมูลกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง และตอบแบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายต่อจำนวนวันนอนและคุณภาพการพยาบาล" ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดีอนุมัติให้ นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุรเศรณีวงศ์)
รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช
ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
เพื่อโปรดทราบ + แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

รศ.ดร.นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
18 มี.ค. 2559

สำเนาเรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย, รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธฯ, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล, หัวหน้างานเวชระเบียน

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง

1.2 แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

1.3 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ส่วนที่ 2 แบบกำกับการทดลอง

แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

3.2 แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง

ตัวอย่างโครงการอบรม

โครงการอบรม เรื่อง

การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง

โรงพยาบาลศิริราช

วันที่ 12 พฤษภาคม 2559

ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

1. ชื่อโครงการ โครงการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง

2. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาว อัญชัญ โสตถิลักษณ์ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด โดยมีเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Hospital Accrediation) ร่วมกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพในด้านการพยาบาลของสภาการพยาบาล เป็นกลไกในการกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์การอย่างมีระบบ ก่อให้เกิดคุณภาพบริการตามมาตรฐานตอบสนองต่อความคาดหวัง ความต้องการของผู้รับบริการอย่างถูกต้องปลอดภัยและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งสร้างความพึงพอใจในบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลทุกแห่งจึงมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ได้มาตรฐานที่กำหนด กล่าวคือการให้ความสำคัญและมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลที่มีมาตรฐาน เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ถือปฏิบัติ ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการบริการ มีความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการรักษาดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในปัจจุบันหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช มีนโยบายรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังและมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยาวนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังเป็น

ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีภาวะคุกคาม ที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งในการจัดการดูแลแบบประคับประคองนั้นจำเป็นต้องอาศัย ความรู้ ความเข้าใจและ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ตลอดจนความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นหน่วยงานจึงต้องมีการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ รูปแบบหนึ่งของการดูแลที่เป็นที่น่าสนใจในปัจจุบัน คือ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและโรคเรื้อรัง พบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการและตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการบริการที่มีลักษณะในการจัดบริการที่ให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว พร้อมทั้งมีการประสานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด และใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความพึงพอใจต่อการบริการ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในเลือกใช้รูปแบบการบริการ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยนำ มาใช้ในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังโรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงได้จัดให้มีการอบรมบุคลากร เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน

4. วัตถุประสงค์ของการอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมนำความรู้ไปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมการพยาบาล (Clinical pathway)

3. เพื่อให้ผู้เข้ารับบารอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ได้

5. ผู้เข้าร่วมโครงการ พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

6. วิธีการจัดอบรม และสื่อการอบรม

วิธีการอบรม

1. บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี สลับการอภิปรายและการซักถาม เพื่อให้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

2. ประชุมกลุ่มและปฏิบัติการระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

สื่อการอบรม

1. เครื่องฉาย LCD

2. คอมพิวเตอร์

7. วิทยากร

ผศ.ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวสุรีย์ ลี้มงคล หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง และพยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

8. ระยะเวลาในการอบรม

ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน วันที่ 12 พฤษภาคม 2559

9. สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

10. งบประมาณ

1. ค่าเอกสาร 5 ชุด	500	บาท
2. ค่าอาหารว่าง 2 มื้อๆ ละ 40 บาท จำนวน 15 คน	1,200	บาท
3. ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อๆ ละ 60 บาท จำนวน 15 คน	900	บาท
4. ค่าตอบแทนวิทยากร	5,000	บาท
รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น	7,600	บาท

11. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

2. ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

3. ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้

12. การประเมินผลโครงการ

1. สังเกตจากความสนใจในการเข้าร่วมโครงการของพยาบาลประจำการ

2. การร่วมอภิปรายและข้อคิดเห็นของพยาบาลประจำการ

3. พยาบาลประจำการเข้าใจและสามารถอธิบายขั้นตอนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังได้

4. แบบสอบถามความคิดเห็นโครงการอบรม

กำหนดการอบรม

เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช

วันที่ 12 พฤษภาคม 2559

ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ภาคเช้า

8.00- 8.15 น.	ลงทะเบียนและรับเอกสาร
8.15- 8.30 น.	พิธีเปิดการอบรม
8.30- 10.00 น.	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวคิดหลักการสู่การประยุกต์ใช้
10.00- 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15- 11.15 น.	Palliative care แนวคิด หลักการสู่การประยุกต์ใช้
11.15- 12.00 น.	ประสบการณ์การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
12.00- 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน

ภาคบ่าย

13.00 - 14.00 น.	นำเสนอรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
14.00- 14.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.15- 15.30 น.	ระดมสมองในการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง
15.30- 16.00 น.	รวบรวมข้อเสนอแนะและสรุปแนวทางการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ปิดการประชุม

1.2 แผนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

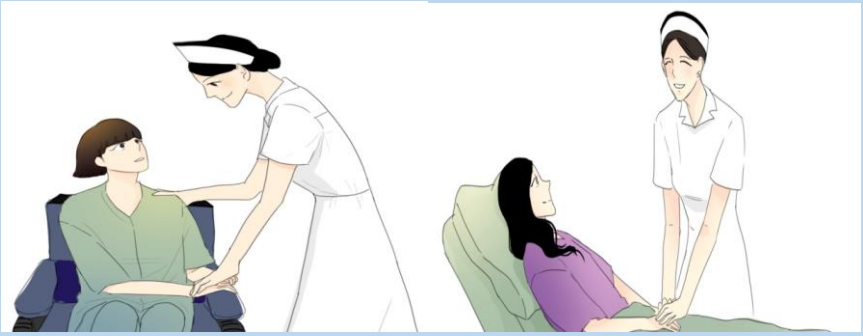
วันที่ / กิจกรรม	วันที่ 1 วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด	หลังผ่าตัดวันที่ 1 - 3	หลังผ่าตัดวันที่ 4 –9	หลังผ่าตัดวันที่ 10 - 14	หลังผ่าตัดวันที่ 15 - 19	หลังผ่าตัดวันที่ 20
Expected outcome	☐ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินในเรื่องต่างๆ ดังนี้ ○ ภาวะเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค ○ ปัญหาและความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ.....	☐ผู้ป่วยพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด ☐ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ☐ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	☐ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ☐ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	☐ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ☐มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ☐ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	☐มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ☐ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ☐ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการจัดการกลับอาการรบกวน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย..... ...	☐มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ☐ผู้ป่วยมีความพร้อมในการได้รับการฉายรังสีรักษา ☐ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการจัดการกลับอาการรบกวน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย	☐ผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายโดยมีเกณฑ์ดังนี้ ○ Pain score < 3 ○ แผลผ่าตัดแห้งติดดี ☐ครอบครัวมีความรู้และทักษะพร้อมในการดูแลผู้ป่วย
Assessment	☐ ซักประวัติอาการสำคัญประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันโรคประจำตัว	☐ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนส่งผ่าตัด	☐ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ในเรื่อง ○ระดับความรู้สึกตัว การทำงานของระบบประสาทตุ	☐ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในเรื่อง	☐ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในเรื่อง	☐ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพและอาการรบกวนไม่สุขสบายต่างๆ	☐ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน.....

วันที่ / กิจกรรม	วันที่ 1 วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด	หลังผ่าตัดวันที่ 1 - 3	หลังผ่าตัดวันที่ 4 –9	หลังผ่าตัดวันที่ 10 - 14	หลังผ่าตัดวันที่ 15 - 19	หลังผ่าตัดวันที่ 20
Lab/Investigation	☐ CBC , FBS, BUN,	☐ ตรวจสอบความถูกต้องผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ	☐ CBC,FBS, BUN, Cr., electrolyte ☐ pluse oxymeter		☐ ติดตามผล lab ตามแผนการรักษา	☐ ติดตามผล lab ตามแผนการรักษา	
....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Discharge planning	○ ประเมินสภาวะทางครอบครัว สังคมและค้นหาผู้ดูแลหลัก ภายใน 24 -48 ชั่วโมง ○ ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมสภาพบ้าน ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย**หากพบปัญหาความไม่พร้อมของผู้ดูแลหลัก นัดพบญาติ ทำ family meeting ภายใน 1 อาทิตย์**		ทบทวนปัญหาความต้องการทั้งหมดร่วมกับทีมและร่วมกันตั้งเป้าหมายในการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพครอบครัวและผู้ป่วย.....	ทบทวนปัญหาความต้องการทั้งหมดร่วมกับทีมและร่วมกันตั้งเป้าหมายในการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพครอบครัวและผู้ป่วย.....	เตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้ ○ให้ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมสภาพบ้าน ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย.....	☐ ทบทวนให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวถึงความสามารถในการจัดการกับอาการรบกวนที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ☐ แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ☐ ประสานงานกับแพทย์เฉพาะทางในการดูแลต่อเนื่อง	☐ ส่งต่อผู้ป่วยไปพักที่บ้านหรือโรงพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วย ☐ ประเมินสภาพก่อนจำหน่าย ☐ แนะนำแหล่งสนับสนุน ชุมชน ☐ ให้ข้อมูลถึงการติดตามภายหลังการจำหน่าย โดยการโทรศัพท์ติดตาม

1.3 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง



โดย นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษา

สารบัญ

หน้า

คำชี้แจงการใช้คู่มือ

คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษา ภายในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากในปัจจุบันหอผู้ป่วย มีนโยบายรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังและมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยาวนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้บูรณาการรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโดยได้รวบรวมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความพึงพอใจต่อการบริการ ซึ่งคู่มือฉบับนี้มีขอบเขตเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิด / ความหมาย / คำศัพท์เฉพาะรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

4. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

5. แนวทางในการแจ้งข่าวร้าย การสื่อสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลหลังการเสียชีวิต ในการดูแลแบบประคับประคอง

6. ระบบติดตามการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

7. เครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นมาตรฐาน และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย กระดูกสันหลัง

2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และส่งผลให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย

ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการใช้คู่มือ

1. ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ศึกษาเนื้อหาสาระของคู่มือปฏิบัติงานฉบับนี้ โดยการอ่านและทำความเข้าใจตามขั้นตอนอย่างละเอียดก่อนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

2. ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้คู่มือนี้ในการปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. แนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยการแนะนำตัวแสดงความเป็นมิตร รวมทั้งแนะนำสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะเข้าพักรับการรักษา และสิทธิ์การรักษา

3. ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และนำข้อมูลมา วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันพัฒนาวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย

4. อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (clinical pathway) และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย

6. ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าและผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้

7. ให้ข้อมูล สอน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ

8. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อการรักษาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

9. สรุปผลการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

บทบาทหน้าที่ของแพทย์

1. ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค กำหนดแผนการรักษา

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย รวมทั้งแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

3. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยประสานการดูแลกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. สั่งการรักษา ให้การรักษาตามแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway)

5. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าการดูแลรักษาของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

6. ปรึกษาหารือ อภิปรายปัญหาและวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัด มีดังนี้

1. ร่วมประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2. ร่วมวางแผนการดูแล และแก้ปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการตั้งวัตถุประสงค์ในการรักษาและการทำกายภาพบำบัด

3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

4. ประสานงานเรื่องข้อมูลผู้ป่วยกับผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษา

1. รับการประสานงาน การขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

2. ประเมินความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินความเข้าใจ ความพร้อม และความสามารถในการปรับตัวรวมทั้งความต้องการและความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย

3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)

4. ประสานงานเรื่องข้อมูลผู้ป่วยกับผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์

1. รับปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ไม่มีค่ารักษาพยาบาล ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับบ้านเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้หรือกรณีไม่มีญาติมารับ

2. ซักประวัติผู้ป่วย ประเมินสภาพด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)

4. ประสานงานเรื่องข้อมูลผู้ป่วยกับผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

<u>ระยะที่ 1</u> ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1.1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งชายและหญิง มีระดับคะแนน Palliative Performance scale เท่ากับ 30 – 60 % และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยการผ่าตัด

1.2 สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยการแนะนำตัวแสดงความเป็นมิตร รวมทั้งแนะนำสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะเข้าพักรับการรักษา และสิทธิ์การรักษา

1.3 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย

1.4 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลาและผลลัพธ์ของการดูแล โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

<u>ระยะที่ 2</u> ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับ พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลโดยให้ การดูแลร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดขององค์กรอนามัยโลก (2014) โดยมีหลักการดูแลดังนี้

1) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกแนวทางการดูแลตนเองให้ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งดูแลช่วยเหลือเพื่อลดและบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

3) ให้การดูแลเน้นความสุขสบายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆที่เป็นปัญหา

4) ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีชีวิตถึงภาวะใกล้ตายว่าเป็นเรื่องปกติและเรื่องธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยพยายามใช้ชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขระหว่างการรักษา

5) ให้การดูแลโดยการประเมินและค้นหาความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจเพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

2.2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย

<u>ระยะที่ 3</u> ระยะประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำการเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามผลการดูแล ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับพยาบาล และทีมสหสาขา ในการวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลสอนแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวก่อนการจำหน่าย ครอบคลุมถึงการดูแลกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น อาการปวด อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว การควบคุมระบบการขับถ่าย การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนและไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการให้ข้อมูลกรณีเกิดภาวะอาการฉุกเฉิน เช่น อาการปวด ที่มากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น

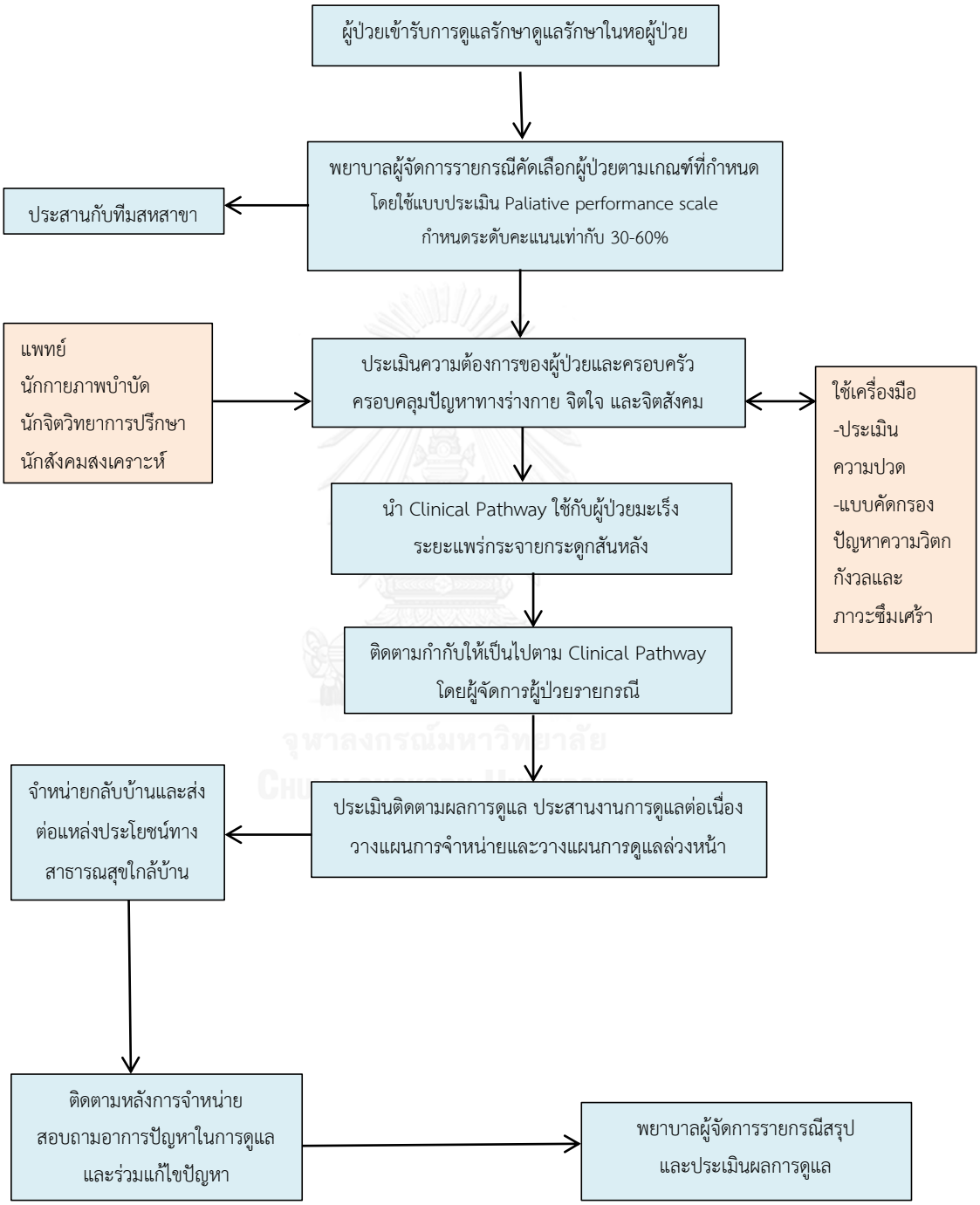
3.2 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมเลือกสถานที่ดูแลหรือสถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย หรือเมื่อเสียชีวิต

3.3 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีการประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องในการส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน

3.4 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินและประสานงานจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น เตียงนอน รถเข็น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น

3.5 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการความผิดปกติ รวมทั้งปัญหาในการดูแลการใช้แหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาล หรือสถานบริการใกล้บ้าน และจดบันทึกสรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลในครั้งต่อไป

ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง



ระดับ PPS Admit .....
D/C .....
Diagnosis .....

STICKER

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale for adult)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง /บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานทางปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมีหรือไม่มีอาการ

ดัดแปลงจากแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative performance scale for adult Suandok)
(PPS Adult Suandok)

แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์

<u>คำชี้แจง</u>

แนวคำถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยใช้ในการสัมภาษณ์ติดตามอาการความผิดปกติ การจัดการกับปัญหาและอาการ ทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลังที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังมีแนวคำถามดังนี้

1. **คำถามเปิดการสนทา**

1.1 แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ติดตามอาการ

1.2 ขออนุญาตผู้ป่วยจดบันทึกข้อมูลการพูดคุย

โดยมีบทสนทนาเริ่มต้นดังนี้

" สวัสดีคะ ดิฉัน (ชื่อ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราชค่ะ ตามที่คุณได้เซนหนังสือยินยอมและเข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับ ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ดิฉันขออนุญาตสอบถามและจดบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการเกี่ยวกับปัญหา อาการ ความผิดปกติต่างๆของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านค่ะ

คำถามเจาะลึก

1.3 ท่านมีปัญหาทางสุขภาพ และอาการรบกวนที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายหรือไม่ เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อาการท้องผูก การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

1.4 หากท่านพบปัญหาและอาการรบกวนดังกล่าวข้างต้น ท่านและครอบครัว มีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไรบ้าง

1.5 ท่านพบปัญหาในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เตียงนอน รถเข็น อุปกรณ์ให้ออกซิเจนหรือไม่ และหากท่านพบปัญหาและอาการรบกวนดังกล่าวข้างต้น ท่านและครอบครัว มีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไรบ้าง

1.6 ท่านและครอบครัวมีการใช้แหล่งประโยชน์ทางสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาล หรือสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไรบ้าง

(ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัว พบปัญหาและไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือมีแนวทางการจัดการปัญหาที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ให้ข้อมูลและแนวทางการจัดการปัญหาที่ถูกต้องและครบถ้วน)

2. **ยุติการสนทนา** โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ และกล่าวขอบคุณ

3. **จดบันทึกสรุปผล** การสัมภาษณ์ข้อมูล ปัญหาที่พบและการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบกำกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง โดยการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

ผู้สังเกต ..... วันที่ประเมิน.....

ผู้ได้รับการสังเกต พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

คำชี้แจง เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย มะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง ให้บันทึกพฤติกรรมที่ท่านพบเห็น โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติโดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ข้อที่	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1	คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีได้อย่างเหมาะสม			
2.	สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย			
3.	ประเมินสภาพ ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และนำข้อมูลมา วิเคราะห์ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย			
4.	ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย			
5.	ให้การพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง			
6.	ประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล และขั้นตอนกระบวนการพยาบาล			
7.	.....			
8	.....			

ข้อที่	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
9.	.....			
10.	.....			
11.	ประเมินผลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อตอบปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่อง			

3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ตัวอย่างแบบบันทึกจำนวนวันนอน

แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

. 1. เพศ……อายุ……ปี

2. โรค……

3. แพทย์เจ้าของไข้……

4. วันแรกรับนอนในโรงพยาบาล วันที่/เดือน/ปี……..เวลา……

5. ชนิดของการผ่าตัด……

ทำการผ่าตัดวันที่……

6. โรคแทรกซ้อน……

7. วันจำหน่ายกลับบ้าน วันที่/เดือน/ปี……..เวลา……

8. รวมจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล……วัน

9. ชนิดของการจำหน่าย

☐ **แพทย์อนุญาต**

☐ **ส่งต่อ**

☐ **เสียชีวิต**

☐ **อื่นๆระบุ……**

3.2 แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดทำเครื่องหมาย ☐✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศของท่าน

1 ( ) ชาย 2 ( ) หญิง

2. อายุปัจจุบัน……ปี

3. สถานภาพสมรส

1 ( ) โสด 2 ( ) คู่ 3 ( ) หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

1 ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 2 ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

5. ประสบการณ์ในการทำงานวิชาชีพการพยาบาล……ปี

ตอนที่ 2 คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

<u>คำชี้แจง</u> ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพ ขอให้ท่านประเมินผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

4 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงมาก

3 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง

2 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงน้อย

1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริง

คุณภาพการพยาบาล	**การรับรู้คุณภาพการพยาบาล**				
	5	4	3	2	1
ด้านความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ					
ท่านดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้					
1. มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรคและ แผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
2. ทราบอาการเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้					
3.สามารถประเมิน ตัดสินใจและค้นหาทางเลือกแผนการรักษา ได้อย่างเหมาะสม					
4. ……					
5. ……					
ด้านประสิทธิภาพในการใช้เวลา					
6. ท่านบริหารเวลาในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมาะสม					
7. ท่านมีการบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างรวดเร็วและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย					

คุณภาพการพยาบาล	การรับรู้คุณภาพการพยาบาล				
	5	4	3	2	1
8. ท่านมีการบริหารจัดการเวลาได้เพียงพอในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง					
9. ……					
10. ……					
ด้านประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ					
11. ท่านและทีมสหสาขาร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล					
12. ท่านและทีมสหสาขาร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลและวางแผนการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย					
13. ……					
14. ……					
15. ……					
ด้านประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่าย					
16. ท่านและทีมสหสาขาคาดการณ์ระยะเวลาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้					
17. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขา					
18. ……					
19……					
20……					
21……					
22.ท่านติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจดบันทึก สรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแล					

ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

	Gr	N	Mean Rank	Sum of Ranks
LOS	control	10	15.20	152.00
	Experiment	10	5.80	58.00
	Total	20		

Test Statistics[b]

	LOS
Mann-Whitney U	3.000
Wilcoxon W	58.000
Z	-3.574
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000[a]

กลุ่ม	Mean	Mean Rank	n	Mann-Whitney U Value	Mann-Whitney U Prob
การพยาบาลแบบปกติ	33.4	15.20	10	3.000	0.00*
รูปแบบการจัดการรายกรณี	15.8	5.80	10		

* หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POtest - Pretest	Negative Ranks	0[a]	.00	.00
	Positive Ranks	10[b]	5.50	55.00
	Ties	0[c]		
	Total	10		

a. POtest < Pretest

b. POtest > Pretest

c. POtest = Pretest

Test Statistics[b]

	POtest - Pretest
Z	-2.805[a]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

กลุ่มพยาบาล	Mean	S.D.	n	Wilcoxon Value	Wilcoxon Prob
การพยาบาลตามปกติ	68.1	9.597	10	2.805	0.005*
รูปแบบการจัดการรายกรณี	93.5	5.255	10		

* หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาคผนวก ฉ

ประเมินผลการอบรม

การประเมินผลการอบรม

โครงการอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายกระดูกสันหลัง

วันที่ 12 พฤษภาคม 2559

ห้องประชุม ตึกสลากกินแบ่งชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ลำดับที่	รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม (N=10)		
		$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1	เอกสารประกอบการอบรมมีเนื้อหาครบถ้วนชัดเจน	4.80	0.42	ดีมาก
2	เนื้อหาสาระในการฝึกอบรมโดยรวม	4.60	0.84	ดีมาก
3	ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดในเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลแบบประคับประคอง	4.80	0.42	ดีมาก
4	สามารถนำสิ่งที่ได้รับจากโครงการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.60	0.52	ดีมาก
5	สิ่งที่ได้รับและประโยชน์จากการเข้าอบรมโครงการในครั้งนี้ตรงตามความคาดหวัง	4.60	0.52	ดีมาก
6	ระยะเวลาในการบรรยายเนื้อหาวิชาการและอภิปรายกลุ่ม	4.80	0.42	ดีมาก
7	สถานที่ ห้องประชุมและรูปแบบการจัดที่นั่งอบรม	4.80	0.42	ดีมาก
8	สื่อและโสตทัศนูปกรณ์มีความเหมาะสม	4.40	0.52	ดี
9	ความเหมาะสมของอาหารว่างและอาหารกลางวัน	4.80	0.42	ดีมาก
10	ความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ	4.60	0.52	ดีมาก
	รวม	4.68	0.50	ดีมาก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอัญชัญ โสตถิลักษณ์ เกิดเมื่อวันที่ 26 มกราคม พ. ศ. 2516 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ. ศ. 2538 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ภาคนอกเวลาราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ. 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร