

การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



นางสาวเกศินี พุทธรนต์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF PALLIATIVE CARE NURSING OUTCOME QUALITY INDICATORS
IN TERMINAL CANCER PATIENTS

Miss Kasinee Puttamon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การ
ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โดย นางสาวเกศินี พุทธรนต์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เกศินี พุทธิมนต์ : การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (A STUDY OF PALLIATIVE CARE NURSING OUTCOME QUALITY INDICATORS IN TERMINAL CANCER PATIENTS) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.กัญญาดา ประจุกติลป, 195 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 18 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ เดลฟาย วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง เกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา แล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญในแต่ละข้อ และขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และนำกลับส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันคำตอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 6 ด้าน 37 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และ 6) ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777155436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: OUTCOMES QUALITY INDICATORS / PALLIATIVE CARE / CANCER IN
TERMINAL STAGE

KASINEE PUTTAMON: A STUDY OF PALLIATIVE CARE NURSING OUTCOME
QUALITY INDICATORS IN TERMINAL CANCER PATIENTS. ADVISOR: ASSOC.
PROF. GUNYADAR PRACHUSILPA, Ph.D., 195 pp.

The purpose of this research was to identify of palliative care nursing outcomes quality indication for patients with cancer in terminal stage by using Delphi technique. Eighteen expert agree to participate in this research related to care patients with cancer in terminal stage. The questionnaires were developed by researcher and used as the research instrument with modified Delphi technique. They were developed in 3 major steps. Step 1: Using semi-open ended questionnaires, the experts were asked to identify of nursing outcomes quality indicators for patients with cancer in terminal stage. Step 2: The data received from the first stage was analyzed to develop the rating scale questionnaires. Step 3: Questionnaire items were analyzed by using median and interquartile range, then send back to the experts for their confirmation.

According to research, the palliative care nursing outcomes quality indicators for patients with cancer in terminal stage composed of 6 categories and 37 indicators: 1) Pain relief of patient (5 indicators) 2) Relief of physical disturbances of patient (8 indicators) 3) The safety of patient from complications (4 indicators) 4) The responses of mental, psychosocial, and spiritual needs of patient and family (5 indicators) 5) Coping and adaptation of patient and family (8 indicators) and 6) Coping with dying of patient and family (7 indicators).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้รับความช่วยเหลือ และความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกุศลป ที่ท่านได้สละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หลิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ภายนอก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสาทวิชาความรู้อันทรงคุณค่าตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยเข้ารับการศึกษ ณ สถาบันแห่งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุรียนต์ คุณแม่ฐาปนีย์ พุทธรมนต์ และครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดการศึกษา ขอขอบพระคุณพี่อินทิรา อยู่ยีน หัวหน้าหอผู้ป่วย สำหรับคำแนะนำ ความหวังใจ และกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณพี่ๆน้องหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลจุฬารณณ์ สำหรับการให้ความช่วยเหลือในการเปลี่ยนตารางเวลาปฏิบัติงาน ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้จนสำเร็จ คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นคุณความดีแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วม และสนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| คำถามการวิจัย | 4 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 4 |
| ขอบเขตการวิจัย | 4 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย..... | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 5 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 6 |
| 1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย..... | 7 |
| 2. แนวคิดและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง | 13 |
| 3. แนวคิดคุณภาพการพยาบาล..... | 29 |
| 4. แนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล | 32 |
| 5. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย | 44 |
| 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 47 |
| 7. กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 51 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 52 |

| | |
|--|-----|
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 52 |
| การคัดเลือกและกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง | 52 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 53 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 54 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 87 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 97 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 98 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 99 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 107 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 107 |
| รายการอ้างอิง | 108 |
| ภาคผนวก..... | 117 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญ | 118 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ | 136 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วน ร่วมในงานวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย..... | 138 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย | 145 |
| ภาคผนวก จ ตารางแสดงคำอธิบายรายละเอียดและตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์.. | 182 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 195 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|----|
| ตารางที่ 1 การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด | 38 |
| ตารางที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง 9 ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดทั้งในและต่างประเทศ | 39 |
| ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดกับตัวชี้วัด คุณภาพการพยาบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากการทบทวนวรรณกรรม | 57 |
| ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รอบที่ 2..... | 74 |
| ตารางที่ 5 ตารางปรับแก้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ | 80 |
| ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย..... | 90 |
| ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย..... | 91 |
| ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | 92 |
| ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว..... | 93 |

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ
 พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว 94

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการ
 พยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว 95



สารบัญภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในยุคก่อน | 15 |
| ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน | 17 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประเทศไทย จากสถิติปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1,309,211 ราย, 1,298,875 ราย และ 1,419,794 ราย ตามลำดับ รวมถึงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2555-2557 มี จำนวน 63,272 ราย, 67,694 ราย และ 70,075 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จะเห็นได้ว่า มีผู้ที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน เมื่อระยะของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด อาการแสดงต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียที่กำลังจะมาถึง (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2555) ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย (สุวรรณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยะประยูร และ แม้นมนา จิระจรัส, 2555) จากการศึกษาของ ปฐมวดี สิงห์ตง และชนกพร จิตปัญญา (2555) พบว่า ครอบครัวได้สะท้อนผลลัพธ์ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง กลัวผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน 2) ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต้องดำเนินไปด้วยความยากลำบาก และต้องมีการวางแผนอนาคตถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องหาเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย และ 4) ด้านร่างกาย ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จนเกิดอาการเจ็บป่วย

การรักษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการฉายแสงเพื่อให้หายจากโรคได้ การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางส่วนต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต บางส่วนดูแลในหอผู้ป่วยสามัญขึ้นอยู่กับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด (Pain) อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) ภาวะติดเชื้อ (Infection) ภาวะเลือดออกง่าย (Bleeding) ภาวะซีด (Anemia) เป็นต้น รวมถึงยังต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาต่างๆ อีกด้วย นอกจากนี้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย (ผาณิต หลีเจริญ, 2557) การวางแผนการดูแลประคับประคองปัญหาและให้การพยาบาลอย่าง

สม่ำเสมอ รวมทั้งการเข้าถึงจิตใจและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและตรงจุด (เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ, 2556) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคอง จะมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง การดูแลรักษา การติดตามอาการ ตลอดจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (NCI, 2010)

จากมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งที่ 2 (2556) ได้มีการพิจารณาแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 เนื่องจากมีความตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์และคุณภาพของชีวิตในวาระสุดท้าย รวมถึงคุณภาพการตายหรือการตายดีซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม จึงมีส่วนสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมยังมีส่วนในการลดภาระค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศอีกด้วย และในปัจจุบันได้การจัดตั้งชมรมพยาบาลแบบประคับประคองขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นเครือข่ายความร่วมมือกันของพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง, 2557) นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการและบทบาทการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อให้พยาบาลมีความพร้อม มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (2555) ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านกระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาและการแจ้งข่าวร้าย แต่ยังขาดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์และจากการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ยุวณูช ทินนะลักษณ์ (2557) กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองในด้านกระบวนการมีความเป็นองค์รวม แต่ในด้านของผลลัพธ์ยังขาดความชัดเจนอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic review) ของ De Roo, et al. (2013) และ Pasman, et al. (2009) พบว่า ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างและกระบวนการ 2) ด้านการดูแลด้านร่างกาย 3) ด้านการดูแลด้านจิตใจ 4) การดูแลด้านสังคม 5) การดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และการมีชีวิตอยู่ 6) การดูแลด้านวัฒนธรรม 7) การดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจนกระทั่งเสียชีวิต และ 8) การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งการประเมินส่วนใหญ่เป็นการประเมินทางคลินิก ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริงจากการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจน

การพยาบาลมะเร็งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน เน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น การดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด การดูแลให้ได้รับออกซิเจน การประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC) ยังคงเป็นการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยรวม (Moorhead et.,al, 2013) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดการคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลในปัจจุบันเป็นตัวชี้วัดที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง และตัวชี้วัดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น อัตราการเสียชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งยังไม่สามารถระบุตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์จากการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ เป็นตัวแปรหรือกลุ่มของตัวแปรที่วัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (Mantas, 2002) และเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงสามารถทราบและประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และตัวชี้วัดยังจะช่วยให้พยาบาลรับรู้งานที่ทำได้ตามเป้าหมายอย่างน้อยเพียงใด ดังนั้นตัวชี้วัดจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินและติดตามผลลัพธ์การพยาบาลที่เป็นตัวบ่งบอกคุณภาพการดูแล การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมจะช่วยให้การประเมินผล การพยาบาลมีคุณภาพและสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยให้ไปในทิศทางเดียวกัน และตัวชี้วัดที่ดีต้องมีความตรงตามเนื้อหา ความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปวัดได้ ประเมินผลได้ง่ายและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (กฤษฎา แสงวดี, 2547)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการสังเคราะห์และบูรณาการโดยใช้แนวคิดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่บูรณาการจากการประเมินผลลัพธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556), สำนักงานการพยาบาล (2559), Dunlop (1998), National consensus project (2013) และ NOC (2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Delphi เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากฉันทามติหรือข้อคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับสังคมไทย เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐาน และเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริการ และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

คำถามการวิจัย

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือเสียชีวิต

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งเป็นการนำแนวคิดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ที่บูรณาการจากการประเมินผลลัพธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556), สำนักการพยาบาล (2559), Dunlop (1998), National consensus project (2013) และ NOC (2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มองค์กรแพทย์ จำนวน 4 คน 2) กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ จำนวน 4 คน 3) กลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) จำนวน 3 คน 4) กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 4 คน และ 5) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง** หมายถึง ข้อความที่บ่งชี้ถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยใช้แนวคิดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองของ ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวทางการประเมินผลลัพธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556), สำนักการพยาบาล (2559), Dunlop (1998) และ National consensus project (2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ

2. **ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียงอื่นๆ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยพยาบาลประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPS) แล้ว มีคะแนนน้อยกว่า 40 คะแนน ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาหรืออยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยมากจนถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่จนกระทั่งต้องการการดูแลทั้งหมด รับประทานอาหารได้เล็กน้อยจนถึงไม่สามารถรับประทานอาหารได้ และการรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ง่วงซึม สับสน หรือไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

3. **ครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะสามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย โดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด หรือเป็นผู้ที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารใช้ในการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินการปฏิบัติงานของตนเอง และการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิจัย ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- 1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง
- 1.2 โรคมะเร็ง
- 1.3 หลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 1.4 แนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. แนวคิดในการดูแลแบบประคับประคองและบทบาทพยาบาล

- 2.1 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.4 การประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.5 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง
- 2.6 กระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- 2.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

3. แนวคิดคุณภาพการพยาบาล

- 3.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล
- 3.2 แนวคิดและการพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
- 3.3 แนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification)

4. แนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

- 4.1 แนวคิดตัวชี้วัด
- 4.2 แนวคิดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique)

- 5.1 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย
- 5.2 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย
- 5.3 กระบวนการเทคนิคเดลฟาย
- 5.4 ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของคนทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี 2015 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกราวๆ 8.8 ล้านคน ซึ่งเกือบจะเป็น 1 ใน 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด 5 อันดับแรกของการเสียชีวิต ได้แก่ มะเร็งปอด (1.69 ล้านราย) มะเร็งตับ (788,000 ราย) มะเร็งลำไส้และทวารหนัก (774,000 ราย) มะเร็งกระเพาะอาหาร (754,000 ราย) และมะเร็งเต้านม (571,000 ราย) (WHO, 2017) และได้มีการคำนวณคร่าวๆ ว่าในปี 2017 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,688,780 ราย และ เสียชีวิต 600,920 ราย (Siegel, Miller and Jemal, 2017) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลรายงานสถิติปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1,309,211 ราย, 1,298,875 ราย และ 1,419,794 ราย ตามลำดับ รวมถึงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2555-2557 มีจำนวน 63,272 ราย, 67,694 ราย และ 70,075 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จะเห็นได้ว่า มีผู้ที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวดอาการแสดงต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษาตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียที่กำลังจะมาถึง (อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2555) ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย (สุวรรณฉวี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยะประยูร และแมนมนา จิระจรัส, 2555) ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

1.2 โรคมะเร็ง

1.2.1 ความหมายของโรคมะเร็ง

มะเร็งหรือเนื้อร้าย ตรงกับ ภาษาอังกฤษ “Malignant tumor” หรือ “Cancer” มาจากภาษากรีก คือ Carcinoma ซึ่งแปลว่า ปู (Crab) เนื่องจากก้อนมะเร็งมีการลุกลามออกไปจากก้อนเนื้อเหมือนขาที่ออกจากตัวของปู ซึ่งบุคคลแรกที่ใช้ศัพท์นี้คือ Hippocrates บิดาแห่งการแพทย์ตะวันตก

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2557) ได้ให้ความหมายของ โรคมะเร็งคือ โรคที่มีเซลล์ผิดปกติในร่างกาย และมีการเจริญเติบโตรวดเร็วเกินปกติ ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดการเจริญลุกลามและแพร่กระจายได้ทั่วร่างกาย ส่งผลให้เซลล์ปกติของ อวัยวะ ต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้ จึงเกิดเป็นโรคและมีอาการต่างๆ ขึ้น และเมื่อเป็นมะเร็งของ อวัยวะ สำคัญ หรือมะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่ อวัยวะ อื่นๆ ที่สำคัญ อวัยวะ เหล่านั้นจะล้มเหลว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ได้แก่ ปอด ตับ สมอง ไต กระดูก และไขกระดูก

WHO (2015) ได้ให้ความหมายของ โรคมะเร็งว่า เป็นกลุ่มของโรคที่มีการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ มีการแบ่งตัวอย่างควบคุมไม่ได้ และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยผ่านทางระบบ น้ำเหลืองหรือกระแสเลือด ซึ่งการแพร่กระจายนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

1.2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็ง

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงสาเหตุเดียว ในปัจจุบันพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โอกาสในการเกิด มะเร็งเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก (Davis, 2016) ดังนี้

1.2.2.1 ปัจจัยภายนอก

(1) สารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหารและเครื่องดื่ม เช่น สารพิษจาก เชื้อรา ที่มีชื่อ อัลฟาทอกซิน (Aflatoxin) สารก่อมะเร็งที่เกิดจากการปิ้งย่าง พกไฮโดคาร์บอน (Hydrocarbon) สารเคมีที่ใช้ในกระบวนการถนอมอาหาร ชื่อไนโตรซามีน (Nitrosamine) สีส้มอาหารที่มาจากสีข้อมผ้า

(2) รังสีเอ็กซ์เรย์ อัลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet) จากแสงแดด ผู้ที่ตากแดดจัดเป็นประจำจะได้รับอันตรายจากแสงอัลตราไวโอเล็ตจำนวนมาก ส่งผลทำให้เป็นมะเร็งผิวหนังได้

(3) การติดเชื้อไวรัส การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus) โดยอาจติดจากทางน้ำลายในการรับประทานอาหารร่วมกัน การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human papilloma virus) จากการมีเพศสัมพันธ์

(4) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ส่งผลทำให้เป็นมะเร็งตับได้

(5) จากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น

1.2.2.2 ปัจจัยภายใน

(1) เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกาย เช่น เด็กพิการแต่กำเนิด ซึ่งเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม

(2) ร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น วิตามินเอ หรือ วิตามินซี

1.2.3 ระยะของโรคมะเร็ง

ระยะของโรคมะเร็ง คือ ลักษณะการลุกลามแพร่กระจายของโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรควิธีรักษา โอกาสในการรักษา และใช้ในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิด โดยทั่วไปจะเป็นระยะที่ 0-4 และจากการแบ่งระยะของโรคตาม Sobin (2009) และ American joint committee of cancer (AJCC) (2016) โดยใช้ ระบบ TNM โดยกำหนดจาก T (Primary tumor) คือ ขนาดก้อนจำนวนก้อนตำแหน่งที่ก้อนอยู่, N (Regional lymph nodes) คือ การที่มะเร็งลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองและ M (Distant metastasis) คือ การที่มะเร็งมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

ขนาดของก้อน (Primary tumor) (T)

| | |
|-------|---|
| Tx | ไม่สามารถประเมินก้อนได้ |
| T0 | ไม่มีหลักฐานของก้อนมะเร็งที่ชัดเจน |
| Tis | มะเร็งระยะต้นๆที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ |
| T1-T4 | ขนาดที่ต่างกันของก้อนจากเล็กไปใหญ่ |

ต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes) (N)

| | |
|--------|--|
| Nx | ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้ |
| N0 | ไม่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง |
| N1,2,3 | มะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลือง (จำนวนต่อมและตำแหน่งต่อมที่แพร่ไป) |

การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant metastasis) (M)

| | |
|----|-----------------------------------|
| M0 | ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น |
| M1 | พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น |

ซึ่งการแบ่งระยะจะเริ่มตั้งแต่ประเมินก้อนมะเร็งหลัก (Tumor) ว่าอยู่ตำแหน่งใด ขนาดเท่าไร หลังจากนั้นจะประเมินที่ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ ว่ามีการกระจายของก้อนมะเร็งหรือไม่ ซึ่งสามารถสรุประยะของโรคมะเร็ง 0-4 เกิดจากการนำระยะ TNM มาจัดอีกครั้งดังต่อไปนี้

ระยะ 0 หมายถึง มะเร็งระยะแรกๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ ไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะข้างเคียงต่างๆ

ระยะ I หมายถึง ขนาดของมะเร็งที่ตรวจพบ ตั้งแต่ 3-5 เซนติเมตร สามารถเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือตาเปล่า ระยะนี้จะยังคงอยู่ในอวัยวะที่เกิดมะเร็งเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยอาจจะสามารถคลำพบก้อนได้ด้วยตนเอง แต่จะยังไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน

ระยะ II หมายถึง ก้อนมะเร็งมีการกระจายออกไปในบริเวณใกล้เคียงอวัยวะที่กำเนิดมะเร็ง มะเร็ง ระยะแพร่ไปยังอวัยวะหรือต่อมน้ำเหลืองใกล้ๆ ในระยะนี้ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกเจ็บบริเวณที่มีรอยโรค หรือมีอาการให้เห็น เช่น มีแผลหรือเจ็บบริเวณก้อนมะเร็ง

ระยะ III หมายถึง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีการกระจายออกไปยังต่อมน้ำเหลืองจำนวนต่อมน้ำเหลืองและตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองที่แพร่ไปมีการขยายวงกว้างไปไกลขึ้น ในระยะนี้จะเห็นก้อนมะเร็งชัดเจน ในกรณีที่ก้อนอยู่ที่ผิวหนังก็จะมีแผลพุพองชัดเจนมากขึ้น

ระยะ IV หมายถึง มะเร็งระยะแพร่กระจาย เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายออกไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ช่องท้อง ตับ ลำไส้ ปอด หรือสมอง เป็นต้น เซลล์มะเร็งแบ่งตัว และเจริญเติบโตนอกเหนือการควบคุม สามารถเติบโตลุกลามเข้าไปในอวัยวะใกล้เคียง โดยผ่านทางกระแสเลือดหรือต่อมน้ำเหลืองได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการของอวัยวะล้มเหลวตามมาขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เกิดการลุกลามของก้อนมะเร็ง เช่น มะเร็งลุกลามไปที่ตับ ผู้ป่วยจะมีตัวตาเหลือง ท้องบวมโต หรือ หากมะเร็งลุกลามไปที่ปอด ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

سرूपโรคมะเร็ง เป็นโรคที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก จากสถานการณ์ปริมาณผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคไม่เพียงแต่จากพันธุกรรมเท่านั้น แต่เกิดจากสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญทำให้ทุกคนสามารถเป็นมะเร็งได้ ปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งก็คือ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือระยะที่ 4 ที่มีการลุกลามของก้อนมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ทำให้อาการของโรคแย่ลง อวัยวะต่างๆ จะค่อยๆ ล้มเหลวจนไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้โรคยากต่อการรักษา หรือไม่สามารถรักษาให้หายได้ จนผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย การพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.3 หลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด นอกจากพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในการดูแลแบบองค์รวมแล้ว พยาบาลจำเป็นต้องมีหลักการและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

สุริย์ ลีมงคล (2555) กล่าวว่า พยาบาลต้องมีหลักการและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัววาระสุดท้ายแบบประคับประคองที่สำคัญ 4 ประการ หรือ “4c” คือ

1) การสื่อสาร (Communication) พยาบาลต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูล แต่ต้องมีการรับฟัง และการได้มาซึ่งปัญหาและ

ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวในการสื่อสารความต้องการให้ทีมดูแลรักษา

2) การดูแลความสบาย (Comfort care) พยาบาลต้องให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม

3) การติดต่อประสานงาน (Collaboration) พยาบาลต้องมีความสามารถในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4) การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) พยาบาลต้องสามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน มีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์บริการผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ต่อ รวมถึงการดูแลครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

Cassem (อ้างถึงใน อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2555) ได้แนะนำถึงหลักการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 9 ประการ หรือ “9c” ดังนี้

1) ความสามารถ (Competence) พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการให้การพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากอาการของโรค ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ

2) ความเข้าใจ ความเห็นใจ (Concern) พยาบาลต้องมีความเมตตา กรุณา มีความเข้าใจและห่วงใยผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวในระหว่างการรักษา สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความมีคุณค่าในตนเอง

3) ความสบาย (Comfort) พยาบาลต้องคำนึงถึงความสบายของผู้ป่วยเป็นหลักในการดูแลรักษา เน้นในเรื่องของการบรรเทาอาการปวด และอาการไม่สบายต่างๆ จากอาการของโรค และหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก

4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) พยาบาลต้องเป็นผู้ฟังที่ดี (Active listening) มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงขั้นตอนและแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจหรือตัดสินใจพูดคุยเกี่ยวกับแผนการต่างๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการและช่วยติดต่อประสานในสิ่งที่ผู้ป่วยกับครอบครัวต้องการ เช่น การนิมนต์พระเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำบุญในวาระสุดท้าย

5) การมาเยี่ยมของบุตรหลาน (Children) พยาบาลต้องให้โอกาสและเวลาแก่บุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียนให้และกำลังใจ โดยหาช่วงเวลาที่เหมาะสม

6) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Cohesion) พยาบาลต้องเป็นผู้เชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยเหลือเกื้อกูลและให้กำลังใจซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวและยังช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและปรับความรู้สึกให้ยอมรับกับการที่จะสูญเสียบุคคลที่รักไปได้

7) ความร่าเริงแจ่มใส (Cheerfulness) พยาบาลต้องมีท่าทางเป็นมิตรยิ้มแย้มแจ่มใสเมื่อเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยมากกว่าท่าทางห่วง กังวล ซึมเศร้าหรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวลมากขึ้น

8) ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Consistency) พยาบาลต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความรู้สึกไม่มั่นคง และกลัวการถูกทอดทิ้ง

9) การมีจิตใจที่สงบ (Calmness of mind) พยาบาลต้องมีจิตใจที่สงบสามารถเผชิญสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นหรือ ตระหนกเกินเหตุ หรือแสดงอาการนั่งเฉยต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรประเมินทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยศรัทธาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล หรือสิ่งใดค้างคาใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

หลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เน้นที่การสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน ต้องช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่กับบุคคลที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.4 แนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยอาการของโรค ตำแหน่งและการกระจายของโรคว่าอยู่บริเวณใด โดยมะเร็งแต่ละชนิดจะมีการรักษาที่แตกต่างกัน แต่เป้าหมายของการรักษาหลักๆ มี 2 แบบ ดังนี้

1.4.1 การรักษาเพื่อให้หายจากโรค ซึ่งเป็นการรักษาในโรคมะเร็งที่พบในระยะต้นๆ ซึ่งการรักษามี 3 วิธี ดังนี้

(1) การผ่าตัด (Operation) การผ่าตัดจะเป็นการรักษาอันดับแรก เพื่อกำจัดก้อนมะเร็งออกจากร่างกาย แต่การผ่าตัดไม่สามารถทำได้มะเร็งทุกชนิด และการผ่าตัดไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ 100% อาจจะทำการผ่าตัดร่วมกับการใช้รังสีรักษาเพื่อให้หายจากโรค

(2) การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นการฉายแสงไปยังเซลล์มะเร็งในร่างกาย เพื่อทำลายกลุ่มก้อนเซลล์มะเร็งนั้น เป็นการรักษาแบบเฉพาะที่ แต่การรักษาด้วยรังสีรักษา

จะทำให้เกิดผลข้างเคียงขึ้น ได้แก่ ผิวหนังจะแห้ง คัน แดงหรือคล้ำ รวมทั้งมีอาการเจ็บคอ ลิ้นไม่รู้สึกปากแห้ง และอ่อนเพลียมาก

(3) การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งทั้งหมดที่อยู่ภายในร่างกาย รวมทั้งเซลล์ที่กระจายเข้าไปตามต่อมน้ำเหลืองหรือกระแสเลือด ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการแพ้ ซึ่งส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และผลข้างเคียงที่ตามมาหลังจากการให้เคมีบำบัดประมาณ 1-2 สัปดาห์ อาจจะมีผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นแผลในปาก และปริมาณเม็ดเลือดขาวลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น

1.4.2 การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นในการบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และปรับปรุงให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้รวมถึงการดูแลรักษาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งจากตัวโรคเองหรืออาการข้างเคียงอื่นๆ จากการรักษาโรค ซึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีข้อจำกัดในการรักษาให้หายจากโรค การดูแลแบบประคับประคองจัดเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

การรักษาให้ผู้ป่วยหายจากการเกิดโรคเป็นเรื่องสำคัญ แต่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสงจะส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดหนักมากขึ้น และไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่ สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยคือ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และในระหว่างการรักษาให้ครอบครัวได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจและการใช้ชีวิต หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว และให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

2. แนวคิดและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

2.1 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองไว้มากมาย ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่า หมายถึง การดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิตให้บรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมถึงการประเมินปัญหาทางกาย ใจ ปัญญาและสังคม อย่างละเอียด

จินตนา อาจสันเทียะ (2556) กล่าวว่า การดูแลแบบประคอบประคอง เป็นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความเชื่อทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นวิกฤต และผู้ป่วยได้เสียชีวิตท่ามกลางบุคคลที่รัก และสามารถจัดการภารกิจต่างๆ ได้อย่างไม่ค้างคาใจ

ประกอบ อินทรมสมบัติ (2556) กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นปรัชญาการดูแล และการจัดการในระบบบริการสุขภาพ โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการ จัดรูปแบบให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการและตอบสนองความต้องการการดูแลและคุณภาพเต็ม ที่ตาม ศักยภาพ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ (2556) ได้ให้ความหมายของการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นให้ ผู้ป่วยสุขสบายโดยให้เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่เร่งรัดหรือยื้อการเสียชีวิตของผู้ป่วย เพื่อ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน การประเมินการ รักษาอาการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจจิตสังคมและจิตวิญญาณ

บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลที่มุ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วย เสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระยะเวลาที่มีการเจ็บป่วยจนกระทั่งหลังจากผู้ป่วยจากไป อย่างสงบ

นิรชา อัครวีรากุล และคณะ (2558) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ความ ต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวจากความโศกเศร้า เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

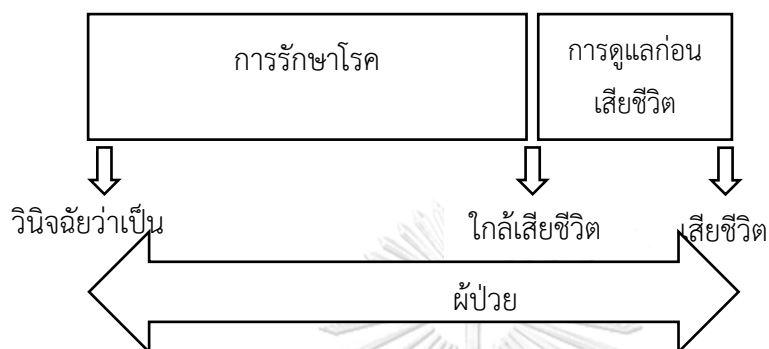
ชมรมการดูแลแบบประคับประคองออสเตรเลีย (Palliative Care Australian) (2005) ให้ ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองหมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยทุกช่วงอายุที่มีภาวะการ เจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต กับความหวังที่เล็กน้อยในการรักษาให้หายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ เป้าหมาย ของการรักษาคือ การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) (2012) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญภาวะคุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม การควบคุมและจัดการความทุกข์ทรมานทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2.2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่การไม่ดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แต่เป็นการดูแล เชิงรุกแบบองค์รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุด ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย แต่ยังไม่เข้าใจแนวคิดและ หลักการที่แท้จริงของการดูแลแบบประคับประคอง

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2554) กล่าวว่า แนวคิดในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยเรื้อรังในยุคก่อน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเต็มที่หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค จนกระทั่งหมดการรักษาในทุกกระบวนการที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้แล้ว จึงเริ่มการรักษาแบบประคับประคอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในยุคก่อน

แหล่งที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550)

จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาแบบประคับประคองในยุคแรก จะเน้นเกี่ยวกับการรักษาทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการให้เคมีบำบัด จนกระทั่งไม่สามารถรักษาต่อไปได้ จึงเริ่มการรักษาแบบประคับประคองก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

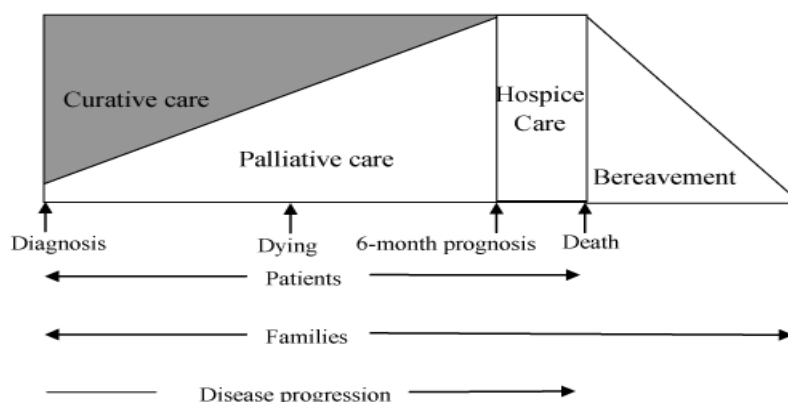
สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) (2556) กล่าวว่า แนวคิดในการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำต่อครอบครัวในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ และได้มีการสร้างแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale) ขึ้นโดยใช้ประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคองในทุกกลุ่มโรค เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณได้อย่างครอบคลุม

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2559) กล่าวว่า แนวคิด การพัฒนาการพยาบาลแบบประคับประคองต้องดำเนินการภายใต้ทฤษฎีระบบ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ทีมพยาบาลประคับประคอง 2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ ผู้ป่วย และครอบครัว และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติงาน ซึ่งการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความ เจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการประเมิน ค้นหาและให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมถึง ปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เป้าหมายของการดูแลคือ ให้ ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ ของผู้ป่วย

Dunlop (1998) กล่าวว่า แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง เป็นการดูแล ผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และให้ความสำคัญในบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ด้านความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย การให้ความรู้การสอน วิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

National consensus project (2013) ได้ทำ Clinical practice guideline คุณภาพการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวม ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ 2) การดูแลด้านร่างกาย 3) การดูแลด้าน จิตใจ 4) การดูแลด้านสังคม 5) การดูแลด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ 6) การดูแลด้านวัฒนธรรม 7) การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และ 8) การดูแลด้านกฎหมายและจริยธรรม

Farris, et al. (2001) (อ้างอิงใน Guido, 2009) ได้พัฒนาความต่อเนื่องในการดูแลที่มีความ เหนือกว่าการรักษาเพื่อให้หายจากโรคเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความ คาดหวังและมีความต้องการในการดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ ช่วงที่ใกล้เข้าสู่ความตาย และหลังจาก ผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมสุขภาพต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน

แหล่งที่มา: National quality forum (NQF) (2006)

จากภาพ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของการเจ็บป่วย ร่วมกับการรักษาชนิดอื่นๆ เพื่อให้หายจากโรค เช่น การใช้รังสีรักษา การผ่าตัด หรือการให้เคมีบำบัด รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการรักษา และหลังจากที่โรคได้ดำเนินในระยะเพิ่มขึ้นการดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทมากขึ้น เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่อโรคดำเนินไปจนถึงระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว การดูแลแบบประคับประคองจะเปลี่ยนบทบาทเป็นการดูแลทางด้านจิตใจ และการปรับตัวของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความโศกเศร้าและสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

สรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และจะค่อยๆ เพิ่มบทบาทขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และดูแลครอบครัวให้พ้นจากภาวะโศกเศร้าหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว โดยเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลหลายประการ ดังนี้ (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2551)

2.3.1 ปัจจัยด้านทัศนคติของการดูแลประกอบด้วย ทีมสุขภาพต้องมีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกความเห็นอกเห็นใจ มีความเมตตา และการแสดงออกถึงการใส่ใจต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยปราศจากความลำเอียง

2.3.2 ปัจจัยของความเป็นปัจเจกของบุคคลการดูแลผู้ป่วยด้วยการคำนึงถึงปัจจัยทางจิตสังคม และปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อเอกลักษณ์ของบุคคล และมีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยควรนำมาพิจารณาในการวางแผนเพื่อดูแล

2.3.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม จริยธรรม เชื้อชาติ ศาสนา และปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่นๆ อาจส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหว และต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากเมื่อต้องวางแผนการรักษา

2.3.4 ความยินยอมของผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นมากตั้งแต่มีก่อนเริ่มการรักษา โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา แต่แพทย์มักประเมินความต้องการและการตัดสินใจของผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง สิ่งสำคัญคือการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับข้อมูลในเรื่องการรักษา

2.3.5 ปัจจัยเรื่องการเลือกสถานที่รักษา ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องสถานที่รักษา และหากเป็นไปได้ การดูแลระยะสุดท้ายควรเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ

2.3.6 ปัจจัยเรื่องการสื่อสารที่ดี การสื่อสารที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญในทุกส่วนของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการแจ้งข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยการรักษาการพยากรณ์โรค การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นความจริงที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจได้

สุริยา สุพร (2552) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในมุมมองของแพทย์ผู้รักษา สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจการรักษามากที่สุดคือปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ โรคของผู้ป่วยระยะของโรคที่มากขึ้นอาการของโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนมาก และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่แย่ง ซึ่งการทำการรักษาต้องคิดถึงความเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2.4 การประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองแบ่งการดูแลเป็น 4 ส่วนหลักๆ คือ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554) ได้สรุปการประเมินทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ โดยใช้ตัวย่อว่า “LIFESS” ซึ่งแต่ละตัวมีความหมายดังนี้

L = “Living will” หมายถึง การแสดงเจตนาหรือความต้องการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ในส่วนนี้ครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ การให้เลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อาหารทางสายยาง การใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีการปั๊มหัวใจเมื่อมีอาการทรุดลง

2) บุคคลที่ผู้ป่วยให้อำนาจในการตัดสินใจแทนในเรื่องการดูแลรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3) สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษา หรือเสียชีวิต เช่น บ้าน โรงพยาบาล เป็นต้น

4) สิ่ง que ผู้ป่วยยังค้างคาใจและยังไม่ได้ทำ หรือมีความปรารถนาที่จะทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

I = “Individual belief” หมายถึง ความเชื่อที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในส่วนนี้มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) สิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่มากที่สุด

2) ศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ

3) ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

4) ความหมายของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

5) การวางแผนการดูแลต้องเป็นไปตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่นำความเชื่อของทีมดูแลเข้าไปมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

6) ในกรณีที่ทีมดูแลไม่ทราบเกี่ยวกับข้อปฏิบัติของศาสนานั้นๆ ควรถามผู้ป่วยหรือครอบครัวโดยตรง หรือถามผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อนั้นๆ

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการซักประวัติด้วยจิตวิญญาณของผู้ป่วย คือ “FICA” ซึ่งเป็นตัวย่อมาจาก

F : Faith หมายถึง อะไรที่เป็นความเชื่อหรือเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีชีวิตของผู้ป่วยในปัจจุบัน

I : Importance and influence หมายถึง ความเชื่อนั้นมีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างไร

C : Community หมายถึง สังคมที่มีความเชื่อนี้มีความสำคัญกับผู้ป่วยอย่างไร

A : Address or application หมายถึง ผู้ป่วยต้องการให้ทีมดูแลปฏิบัติอย่างไรให้เหมาะสมกับความเชื่อของเขา

F = “Function” หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการประเมินนี้สามารถใช้เครื่องมือประเมินที่เรียกว่า Palliative performance scale (PPS) หมายถึง เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองข้อมูลระดับผู้ป่วยใช้สื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาหรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการประเมินนี้เป็นการประเมินจากความสามารถของผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่

ด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว (บุขยมาส ชิวสกุลงย และคณะ, 2557)

การแปลผลคะแนนแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้

| | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| ระยะคงที่ (Stable) | มีค่า PPS v2 70 – 100 % |
| ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) | มีค่า PPSv2 40 – 60 % |
| ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (End of life) | มีค่า PPS v2 0 – 30 % |

E = “Emotion and coping” หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย รวมถึงวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ในการเผชิญกับความรูสึกนั้นๆ

S = “Symptoms” หมายถึง อาการและความไม่สบายทางด้านร่างกายต่างๆ ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบเองได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ESAS มีทั้งหมด 9 รายการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดอยู่ที่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการและ 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด (บุขยมาส ชิวสกุลงย และคณะ, 2557)

S = “Social and support” หมายถึง ปัญหาทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งหรือผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งทีมดูแลอาจจะต้องช่วยในการประสานงานกับสังคมสงเคราะห์เพื่อหาทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกด้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ซึ่งการประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต้องได้มาซึ่งปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการดูแล ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.5 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง

การปฏิบัติการพยาบาลทุกชนิดต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองมี 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ (มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, 2555)

มาตรฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พยาบาลในหอผู้ป่วยต้องเข้าใจเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้าใจความรู้สึกว่าในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังใกล้ตายและความตายจะรู้สึกเช่นไร และจะต้องสามารถยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องปกติ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความพร้อมและเต็มใจที่จะคุยกับผู้ป่วยแสดงออกทั้งทางภาษาพูดการสัมผัสการกอดและไม่พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สบายใจพยายามแสดงให้เห็นว่าพยาบาลพร้อมที่เป็นกำลังใจเข้าใจและคอยรับฟังเขาเสมอและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวได้

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อรับไว้ในหอผู้ป่วยและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การวางแผนการให้การดูแลแบบประคับประคองระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตวาระสุดท้ายที่บ้านได้โดยครอบครัวมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 3 การให้คำปรึกษาและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ที่รู้ตัวว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิตจะเต็มใจไปด้วยความทุกชีวิตกังวลตกใจเสียใจและปรับตัวไม่ได้มีอาการซึมเศร้ารู้สึกผิดไม่แน่ใจเป็นตนผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตจะมีอยู่ 2 ประเภทคือประเภทหนึ่งแน่ใจและรู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานกับอีกประเภทหนึ่งคือยังไม่แน่ใจและมีความหวังว่าตนเองจะมีชีวิตรอดได้อีกช่วงระยะเวลาหนึ่ง

มาตรฐานที่ 4 การประเมินผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale version 2) (PPS version 2)

พยาบาลต้องทำการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา เพื่อเป็นการแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้พยาบาลเข้าใจในแนวทางการให้การดูแลแบบประคับประคองระดับของข้อมูลที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลรักษาหรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยการพยาบาล และยังเป็นประเมินความต้องการและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการตัดสินใจวางแผนการดูแลร่วมกัน

2.6 กระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม และอนงค์ ดิษฐสังข์ (2558) กล่าวว่า ระยะเวลาของกระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง มี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การดูแลระยะประคับประคอง

เป้าหมายการดูแลของระยะนี้ เป็นการติดตามผลการพยาบาล เพื่อบรรเทาภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงที่เกิดจากภาวะของโรคที่ลุกลามมากขึ้น โดยมุ่งเน้นความสงบสุข บรรเทาความทุกข์

ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการวางแผนเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลที่สำคัญมี ดังนี้

- 1) การบรรเทาอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
- 2) ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็น หรือ ไม่มีประโยชน์
- 3) การดูแลด้านต่างๆ เช่น การนอนหลับ การขับถ่าย และการรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อความสบาย
- 4) การใช้เวลาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง
- 5) การเตรียมความพร้อม วางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นคุณค่าของชีวิตตลอดจน ผู้ป่วยรู้สึกว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
- 6) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันทำงานเป็นทีม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทำให้คำปรึกษาและแนะนำปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้นในระยะนี้

ระยะที่ 2 การดูแลเมื่อใกล้เสียชีวิต

เป้าหมายของระยะนี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ทำหัตถการใดๆ ที่ไม่จำเป็นและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลที่สำคัญมีดังนี้

- 1) ทำความเข้าใจและแจ้งให้ครอบครัวทราบว่า สามารถคาดหวังอะไรได้บ้าง และให้ข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ให้การพยาบาลโดยการเคารพความเป็นปัจเจกบุคคล และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 3) ให้ทางเลือกผู้ป่วยในเรื่องการเลือกสถานที่ที่ต้องการอยู่ รวมถึงความต้องการต่างๆ ในวาระสุดท้าย
- 4) ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เช่น การผ่าตัด การส่องกล้อง แม้แต่การเจาะเลือด โดยให้ผู้ป่วยลงชื่อเป็นหลักฐานด้วยตนเอง

ระยะที่ 3 การดูแลหลังเสียชีวิต

การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญความโศกเศร้าของครอบครัว การดูแลที่สำคัญ ดังนี้

- 1) ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัว ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
- 2) แสดงให้ครอบครัวเห็นถึงความจริงใจ เพื่อแสดงความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวว่ามีคนอยู่เคียงข้างในตอนที่โศกเศร้า
- 3) เข้าใจในพฤติกรรมของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ครอบครัวต้องการ

- 4) ให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับความเศร้าโศกที่จะมาถึง
- 5) ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วย โดยการโทรศัพท์ติดตาม พร้อมทั้งประเมินการปรับตัว

ภายหลังการสูญเสีย

สรุปการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละระยะมีการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของแต่ละช่วง พยาบาลต้องมีความเข้าใจอาการ และการแสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละระยะ โดยในทุกระยะของกระบวนการดูแลนั้น ต้องคำนึงถึงความสุขสบาย และการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงต้องดูแลผู้ป่วยโดยให้เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเป็นหลักถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว

2.7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการต่างๆ หรือมีความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการวางแผนการดูแลและให้กับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (สุคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโย และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558; ประคอง อินทรสมบัติ, 2558) ดังนั้นการพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีดังนี้

2.7.1 การพยาบาลด้านร่างกาย

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ แต่การดูแลทางด้านร่างกายต้องดำเนินต่อควบคู่กับการดูแลทางด้านจิตใจ เนื่องจากหากผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางกาย จะส่งผลถึงอารมณ์ และส่งผลให้ครอบครัวเกิดความกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยด้วย การพยาบาลที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่

- 1) การบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีหลายรูปแบบ ได้แก่ Somatic pain เป็นการปวดที่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน เช่น ปวดบริเวณกระดูกจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่กระดูก, Visceral pain เป็นการปวดที่ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจนจะปวดลึกๆ ภายในจะมาร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น, Neuropathic pain เป็นการปวดจากการเรื้อรังของโรค จะมีอาการปวดแสบปวดร้อน ปวดแปร๊บๆ พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการปวดในรูปแบบใด และระดับในการปวดมีมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะได้ทราบว่าต้องจัดการอาการปวดนั้นให้ผู้ป่วยได้อย่างไร ซึ่งการจัดการอาการปวดมีหลายวิธี เช่น การใช้ยา กลุ่ม Opioid เช่น Morphine, Pethidine เป็นต้น หรือร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน รวมถึงการใช้ดนตรีบำบัดหากผู้ป่วยมีความต้องการ และหลังจากการจัดการกับอาการเจ็บปวด ต้องประเมินผู้ป่วยซ้ำทุก 1-2 ชั่วโมง โดยใช้ Pain scale คะแนน ตั้งแต่ 1-10 คะแนน รวมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการได้รับยาแก้ปวดที่มากเกินไป โดยมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ความรู้สึกตัว

ลดลงมากกว่า 2 คะแนน โดยประเมินจาก Glasgow Coma Scale: GCS ซึ่งค่าคะแนน 3-15 คะแนน, ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท, หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ

2) การบรรเทาอาการเหนื่อย ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ออกซิเจนผู้ป่วยในรายที่มีค่าออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) น้อยกว่า 95% จำกัดการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง หรือให้ทำกิจกรรมบนเตียง (Bed rest)

3) ป้องกันการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีผิวหนังที่ค่อนข้างบาง ไม่แข็งแรง รวมถึงการนอนติดเตียงจากการจำกัดกิจกรรม และบางรายต้องใส่ผ้าอ้อม ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ พยาบาลต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยขับถ่ายและดูแลไม่ให้ผิวหนังชื้น ดูแลพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และยกตัวผู้ป่วยโดยไม่ลาก ซึ่งจะก่อให้เกิดการเสียดสีบริเวณผิวหนังทำให้เกิดแผลได้ง่าย ประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ หรือบริเวณที่สัมผัสที่นอนบ่อยๆ ได้แก่ ใบหู ข้อศอก ก้นกบ ตาตุ่ม ส้นเท้า เป็นต้น

4) อาการเบื่ออาหาร ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อมรับรส และระบบการย่อยอาหารลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร บางรายที่ต้องใส่สายให้อาหารทางสายยาง ต้องคำนวณปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน และให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเท่าที่จะสามารถรับได้ และต้องดูแลช่องปากให้มีความชุ่มชื้นตลอดเวลา โดยการให้ผู้ป่วยบ้วนปาก หรือทำความสะอาดใช้สำลีชุบน้ำแตะที่ปากและเย็บต่างๆ ทุก 2-4 ชั่วโมง

5) อาการท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีการจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากอาการเหนื่อย รวมถึงการได้รับยาแก้ปวด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกได้ พยาบาลต้องดูแลฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ ค่าปกติ 5-30 ครั้งต่อนาที และให้ยาระบายแก่ผู้ป่วยทุกวัน หากมีการถ่ายมากกว่า 3 ครั้ง/มือ ต้องงดยาระบายนั้น

6) อาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลง นอนหลับมากจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากยาแก้ปวดที่ได้รับ พยาบาลต้องประเมินความรู้สึกตัว โดยประเมินจาก Glasgow Coma Scale: GCS ซึ่งค่าคะแนน 3-15 และหาสาเหตุว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจากอะไร และต้องให้การพยาบาลเปรียบเสมือนผู้ป่วยยังรู้สึกตัว ต้องบอกกล่าวทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล

7) ติดตามประเมินผลอิเล็กโทรไลต์และประเมินสารน้ำที่เข้าออกในร่างกายของผู้ป่วยทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกตปัสสาวะ สีและปริมาณ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น และป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายซึ่งจะส่งผลต่อการเต้นของหัวใจของผู้ป่วย

8) ป้องกันภาวะติดเชื้ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายภูมิคุ้มกันของร่างกายจะต่ำลง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้ได้ง่ายขึ้น พยาบาลต้องล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย งดการใช้

ดอกไม้สดในการเข้าเยี่ยม จำกัดการเยี่ยมเมื่อมีญาติผู้ป่วยที่เป็นเด็กต่ำกว่า 12 ปี หรือมีญาติที่ไม่สบาย และประเมินสัญญาณชีพ ผลเพาะเชื้อต่างๆ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

2.7.2 การพยาบาลด้านจิตใจและจิตสังคม

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวจะมีเพิ่มมากขึ้น พยาบาลต้องประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอย่างไร มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรคอย่างไร พยาบาลต้องรับฟังปัญหาอย่างเห็นอกเห็นใจ ร่วมกับช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและผ่านช่วงเวลาต่างๆ ได้อย่างไม่ทุกข์ทรมาน

1) สร้างสัมพันธภาพและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวเพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว

2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามปัญหาและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย พร้อมตั้งใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว

3) สอบถามถึงความต้องการ การวางแผนในอนาคตของผู้ป่วย เช่น การทำพินัยกรรม การวางแผนอนาคตของครอบครัว เป็นต้น และพยาบาลต้องช่วยประสานงานกับครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน

4) แนะนำให้ครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนของผู้ป่วยมาเยี่ยม แสดงความรักใคร่ห่วงใยผู้ป่วย และปฏิบัติเหมือนกับที่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะปกติ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว รวมถึงให้ข้อมูลกับครอบครัวในการเตรียมตัวรวมถึงการเตรียมเอกสารเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

5) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ใช้วาจาที่สุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

6) ให้นอนหลับตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

7) จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวอยู่กันตามลำพัง และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

8) เมื่อผู้ป่วยจากไปพยาบาลกล่าวแสดงความเสียใจกับครอบครัวผู้ป่วย และให้เวลาครอบครัวแสดงความไว้อาลัยกับผู้ป่วยอย่างน้อย 15-30 นาที หรือเมื่อครอบครัวพร้อม

2.7.3 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ในการดูแลแบบประคับประคอง ความเชื่อด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความเชื่อจะมีผลต่อการยอมรับและการเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง พยาบาลจึงมีความเข้าใจถึงความเชื่อ และหลักการของวัฒนธรรม หรือศาสนาต่างๆ ให้ครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณในวาระสุดท้ายของชีวิต

- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ ฟังธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะหรือคัมภีร์ต่างๆ การละหมาด เป็นต้น รวมถึงการดำเนินการ จัดหาให้ผู้ป่วยเท่าที่ทำได้
- 2) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ใกล้จะเสียชีวิต พยาบาลต้องมีส่วนร่วม ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบทั้งทางกายและทางจิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนาหรือตามความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่สุคติ

2.7.4 ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ครอบครัวจำเป็นต้องมีความพร้อมเป็นอย่างมากทั้งเรื่องของสถานที่ ผู้ดูแลหลัก ค่าใช้จ่าย เป็นต้น ดังนั้นครอบครัวจึงต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 1) ประเมินและซักถามความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ใครเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อเตรียมความพร้อมในการสอนวิธีการดูแลต่างๆ สำหรับผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การดูดเสมหะ การประเมินอาการผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วย
- 2) ติดต่อแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ในการใช้ในหารดูแลผู้ป่วย เช่น ออกซิเจน (Home oxygen) อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น รวมถึงติดต่อแหล่งข้อมูลใกล้บ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมาก อวัยวะต่างๆ เริ่มสูญเสียหน้าที่ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยว่าแต่ละอาการเกิดจากอะไร และต้องให้การพยาบาลอย่างไร และการประเมินต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการตอบสนองความต้องการในวาระสุดท้ายและผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยต้องสามารถมีชีวิตต่อไปได้หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เพื่อพัฒนางานคุณภาพการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดที่จำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยให้ปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

เต็มศักดิ์ พิงรัชมี (2550) กล่าวถึง บทบาทพยาบาลว่า พยาบาลมีบทบาทในการดูแลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการ ลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึง

พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว มีความไวและเข้าใจถึงปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย ต้องมีความอดทน ช่างสังเกต และช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ รวมถึงช่วยเหลือครอบครัวในการเตรียมพร้อมเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และให้กำลังใจครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไปหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

จอนณะจง เฟ็งจาด (2557) กล่าวว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคในระยยะสุดท้ายการสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบของผู้ป่วยบทบาทพยาบาล ประกอบด้วย

1) บทบาทการบริหารจัดการ (Management role)

การบริการสุขภาพแบบประคับประคองจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้ตามปรัชญาการดูแลแบบประคับประคองการเกิดระบบการดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้ให้บริการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่กาประสานงานเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพโดยเน้นการทำงานเป็นทีม

2) บทบาทในการให้การพยาบาล (Providing nursing care)

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ พยาบาลจะต้องมีทัศนคติที่ดี ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น เข้าใจและสนใจในความทุกข์มรมาของผู้ป่วยทุกด้าน การพยาบาลครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมได้แก่ การบรรเทาความทุกข์มรมาทางกาย การดูแลทางด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตวิญญาณ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงต้องมีการสื่อสารที่ดีเพื่อเป็นแนวร่วมในการรักษาบำบัด

3) บทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Patient advocacy)

บทบาทนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในภาวะที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ใน สถานการณ์ที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถและแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือเป็นผู้แทนในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนและข้อมูลสำคัญเพื่อการตัดสินใจต่างๆที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การประสานงานกับแพทย์และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 2) สนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาเพื่อการควบคุมอาการที่เหมาะสม 3) ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วย 4) สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และ 5) ประสานงานในการใช้บริการและประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่

4) บทบาทการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Nurse's role in palliative home care)

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านเป็นบริการที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วย

ระยะประคับประคองที่บ้านไม่ใช่เป็นบทบาทเฉพาะของพยาบาลในชุมชนเท่านั้นแต่เป็นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลด้วยเช่นกันโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านพยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือจัดการและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการช่วยเหลือเตรียมการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างสงบครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนและมีศักยภาพสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

5) บทบาทเรื่องการเตรียมตัวตาย (Prepare to die)

การช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบได้นั้นพยาบาลควรต้องมีการเตรียมผู้ป่วยโดยการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยความรุนแรงการรักษาพยาบาลและโอกาสของการเสียชีวิตจากแพทย์ผู้ให้การรักษาช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีตจนปัจจุบันการยอมรับธรรมชาติของการตายการเตรียมจัดการด้านทรัพย์สินและมรดกที่ให้กับครอบครัวและการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ต้องการและการจัดการภายหลังเสียชีวิต

6) บทบาทการดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต (Bereavement care)

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเน้นการดูแลด้านจิตใจการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจัดการกับอารมณ์เศร้าโศกสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

7) การดูแลตนเองของพยาบาล (Taking care of yourself)

การพยาบาลแบบประคับประคองเป็นการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนทำให้พยาบาลเกิดความเครียดทั้งในการปฏิบัติงาน การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาในการติดต่อประสานงานและการสื่อสาร เป็นต้น

ปราณี อ่อนศรี (2557) กล่าวถึง บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อตามหลักศาสนาของผู้ป่วย เช่น ในศาสนาพุทธ ต้องให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ดีงามขณะจิตสุดท้ายก่อนจากไปอย่างสงบ โดยการเสริมสร้างกำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับความตาย เช่น การนิมนต์พระมาสวด ถวายสังฆทาน เป็นต้น ในศาสนาคริสต์ เชื่อว่า การตายไม่ใช่จุดสิ้นสุดแต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ผู้ป่วยต้องได้รับการโปรดศีล พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมร่างกายผู้ป่วยให้พร้อมและไม่ทุกข์ทรมาน ในศาสนาอิสลาม เชื่อว่า การตายไม่ใช่การดับสูญเป็นการเปลี่ยนไปอยู่อีกโลกหนึ่ง การตายไม่ได้เป็นความทุกข์ แต่เป็นการพ้นทุกข์ บทบาทพยาบาลจะเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย เช่นเดียวกับศาสนาอื่นๆ

3. แนวคิดคุณภาพการพยาบาล

3.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

3.1.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล การพยาบาลในปัจจุบันต้องใช้กระบวนการพยาบาล แนวทางในการปฏิบัติ และมาตรฐานทางการพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพการพยาบาล ไว้ดังนี้

ปณิกานวนากมล (2545) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ระดับความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังต่อการรับรู้ของบริการที่ได้รับ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจและต้องการที่จะใช้บริการอีกครั้ง

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2551) คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การให้บริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Professional service quality) และมีคุณภาพตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ (Expected service quality)

พิสมัย สวนครามดี (2553) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาล หมายถึงลักษณะที่พึงประสงค์ของการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามความรับผิดชอบของวิชาชีพโดยมีผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการพยาบาล

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2553) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้ตามมาตรฐานและสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนหรือผู้รับบริการและครอบครัว

สรุปล คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐานบนกระบวนการทางการพยาบาล โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว มีความปลอดภัยบนมาตรฐานวิชาชีพ

3.1.2 ความหมายของผลลัพธ์ ในองค์กรสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพ มาตรฐานการดูแล การพยาบาลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ การมีผลลัพธ์ในระบบสุขภาพที่ดี จะสะท้อนถึงผลลัพธ์ทั้งระบบ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผลลัพธ์ ไว้ดังนี้

Donabedian (1992) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ไว้ว่า เป็นสภาวะของบุคคล ที่เป็นผลจากการได้รับการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรมที่มีผลต่อสภาวะในอนาคต และความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ

เรมวอล นันศุภวัฒน์ (2555) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ไว้ว่า หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา ผลกระทบ หรือเงื่อนไขที่เกิดจากผลผลิต โดยผลจะมีผลโดยตรงกับประชาชน ผู้รับบริการ และสาธารณสุข

สรุปความหมายของผลลัพธ์ หมายถึง ผลสัมฤทธิ์หรือผลสุดท้ายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ อาจส่งผลในแง่บวกหรือแง่ลบก็ได้

3.1.3 ความหมายของคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งจะต้องเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล มักเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรม อาการแสดง เป็นต้น ซึ่งมีผู้ที่ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

รัชนี ศุภจินทรรัตน์ (2555) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการทั้งทางด้านสภาวะ ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการให้การพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่วัดได้

Moorhead, et al. (2013) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม โดยมีผลต่อบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน

สรุปคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว มีความปลอดภัยบนมาตรฐานวิชาชีพ

3.2 แนวคิดและการพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นตัวช่วยในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ว่าผลการพยาบาลเป็นอย่างไร ช่วยในการเปรียบเทียบวิธีในการปฏิบัติการพยาบาล ว่าวิธีใดเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เพื่อประกอบการตัดสินใจ รวมถึงยังช่วยยืนยันคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย

การดูแลเริ่มมีขึ้นในสมัยฟลอเรนซ์ นิงดิงเกล ซึ่งได้มาจากการบันทึกและวิเคราะห์สภาวะและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยในสงครามไครเมีย ต่อมาได้มีการกำหนดและใช้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการประเมินผลการบริการ แต่มุ่งเน้นการประเมินผลการรักษาของแพทย์เป็นหลัก จนถึงคริสต์ศตวรรษ 1960 Donabedian (1992) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพการรักษาทงการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

การประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินทางคลินิก ซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษาและการใช้เครื่องมือต่างๆ ทางกายภาพ ซึ่งก็มีแบบประเมินมากมายที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เฉพาะโรคยังมีน้อยอยู่ ทั้งที่พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกรับเข้าการรักษาในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้านหรือแม้กระทั่งเสียชีวิต ในการกำหนดตัวชี้วัดด้านการพยาบาลเฉพาะโรค จะเป็นการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ไวต่อการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเฉพาะเจาะจงและมีความครอบคลุม (Moorhead, et al., 2008)

แนวทางการประเมินดังกล่าวได้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ใช้เฉพาะผลลัพธ์ด้านคลินิกสู่การวัดการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการวัดผลลัพธ์ในระบบสุขภาพและผลลัพธ์การพยาบาล รวมทั้งการกำหนดนโยบาย มาตรฐานของระบบข้อมูลทางการพยาบาล และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Moorhead, et al., 2008) สำหรับประเทศไทย การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เน้นการควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราความพึงพอใจซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลที่สามารถใช้ประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาล เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความชัดเจน ช่วยให้มีการประเมินคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลด้านผลลัพธ์ รวมถึงการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

3.3 แนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification)

การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล เป็นภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วย ที่ไวต่อการตอบสนองกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการและครอบครัว ผลลัพธ์นี้ต้องอธิบายสภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้การพยาบาลในขณะที่เก็บข้อมูล ก่อนและหลังการให้การพยาบาลเท่านั้น สามารถให้ความเชื่อมโยงกับระบบการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมแห่งอเมริกาเหนือ (The North America Nursing Diagnosis Association: NANDA) และระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) ซึ่งทำให้มีกระบวนการมีความสมบูรณ์ และยังใช้ในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วยข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้มีการใช้วัดคุณภาพทางการพยาบาล การดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเนื่องจาก การจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาล NOC ใช้ง่าย เป็นการจัดโครงสร้างของผลลัพธ์ให้คงที่ สามารถพัฒนาผลลัพธ์ได้ใหม่ เพิ่มเติมในสิ่งที่ไม่ครบถ้วน สะดวกต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Moorhead, et al., 2013)

ปัจจุบันการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC (Moorhead, et al., 2013) ประกอบด้วยการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล 490 ผลลัพธ์ โดยเรียงตามตัวอักษรกลุ่มโรค/กลุ่มอาการ การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical health) 2) กลุ่มสุขภาพด้านสรีรวิทยา (Physiologic health) 3) กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health) 4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior) 5) กลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceived health) 6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family health) และ 7) กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community health) โดยแต่ละรายการประกอบด้วย 1) รหัสผลลัพธ์ 2) ชื่อของผลลัพธ์ 3) ความหมาย 4) ตัวชี้วัด และ 5) มาตรฐานผลลัพธ์ สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นมาตรฐานอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) เพื่อใช้ในการลงบันทึก ใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพ

4. แนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

4.1 แนวคิดตัวชี้วัด

4.1.1 ความหมายและความสำคัญของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด (Indicator) เป็นเครื่องมือในการบริหารงานอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นการบริหารโครงการหรือบริหารองค์การในทุกระดับทั้งองค์กรภาคเอกชนและภาครัฐการบริหารงานที่ขาดตัวชี้วัดหรือมีตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้บริหารไม่ทราบข้อเท็จจริงหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

ตัวชี้วัด มาจากภาษาอังกฤษ “Indicator” ได้ให้ความหมายไว้ว่า ตัวบ่งชี้สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสิ่งซึ่งบ่งทิศทาง ในบางครั้งภาษาไทยมีการใช้คำที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัด เครื่องชี้บ่ง ตัวชี้บ่ง เป็นต้น

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้ให้ความหมายตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งชี้บอกสภาวะของสิ่งที่มีจุดวัด หรือสะท้อนสิ่งที่ต้องการวัด รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2551) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ บอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ (Result) ซึ่งเป็นสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายองค์การ

ผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งชี้บอกสภาพ หรือสภาวะในลักษณะใด ลักษณะหนึ่งในเชิงปริมาณ หรือคุณภาพของสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ณ ที่ใดที่หนึ่ง

สรุปความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่เป็นเครื่องบ่งชี้บอกสภาพ หรือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินหรือชี้วัดขึ้นอยู่กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการประเมินหรือการวัดนั้นๆ

4.1.2 ประเภทของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดสามารถจำแนกได้หลายประเภท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวัด และสิ่งที่วัด ผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) ได้จำแนกตัวชี้วัดเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) จำแนกโดยใช้ตัวแปรต่างๆ ที่นำมากำหนดตัวชี้วัด ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1) ตัวชี้วัดแทน (Representative indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีลักษณะง่ายที่สุด ซึ่งจะใช้ในงานวิจัย การบริหารและการวางแผน โดยเลือกตัวแปรหนึ่งตัวมาสะท้อนแง่มุมของระบบ

1.2) ตัวชี้วัดเดี่ยว (Disaggregative indicators) ตัวชี้วัดประเภทนี้ไม่นิยมใช้ เพราะมีความยุ่งยากและมีความละเอียดในการจัดทำ

1.3) ตัวชี้วัดรวม (Composite indicators) เป็นการรวมตัวแปรจำนวนหนึ่งเข้าด้วยกัน ค่าที่ได้จะเป็นค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่นำมารวมกัน

2) การแบ่งตัวแปรโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงระบบ (System analysis theory) โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.1) ตัวชี้วัดปัจจัย (Input indicators) เป็นตัวชี้วัดที่บอกลังปัจจัยของระบบ เช่น ด้านทรัพยากร หรือความต้องการที่มีต่อระบบ

2.2) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงการดำเนินงาน หรือการใช้กระบวนการจัดการ

2.3) ตัวชี้วัดผลผลิต (Output indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงสภาพของผลผลิตทั้งด้านปริมาณและระดับของผลผลิต

Bernstein และ Hilborne (1993) พิจารณาจากมิติของคุณภาพของ Donabedian (1992) ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เสนอให้เครื่องชี้วัดคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ประเภทที่สำคัญ คือ

1) เครื่องชี้วัดคุณภาพโครงสร้าง (Structural indicators) ประเมินด้านโครงสร้างของการจัดบริการของระบบ เช่น จำนวนเตียงของสถานพยาบาล

2) เครื่องชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) ประเมินกระบวนการ กิจกรรมหรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

3) เครื่องชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators) ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการดูแล ซึ่งอาจแบ่งได้อีกเป็นผลลัพธ์ระหว่าง

กระบวนการ (Proximate outcome) ซึ่งจะเป็นปัจจัยนำเข้าแก่ขั้นตอนต่อไปในการบริการ เช่น การได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง และผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย (Ultimate outcome) ซึ่งได้แก่สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงความพิการ การเสียชีวิต หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกตัวชี้วัดที่จะศึกษาคือ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เนื่องจากตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์จะเป็นเครื่องมือที่จะสะท้อนถึงคุณภาพในการพยาบาลที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล รวมถึงสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงและรับรู้สถานะของผู้ป่วยอีกด้วย

4.1.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี

ผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) กล่าวว่า คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดีต้องสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการวัด ตัวชี้วัดจะต้องมีความตรง (Validity) คือสะท้อนให้เห็นถึงสถานะในด้านต่างๆของสิ่งที่ต้องการวัด และมีความเที่ยงตรง (Reliability) เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดหรือสังเกตได้อย่างชัดเจน มีความไวให้เห็นถึงความแตกต่างมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ในการวัดและผู้เกี่ยวข้อง

สำนักงาน ก.พ. (2552) ได้กำหนดตัวชี้วัดตามแนวทางของ “SMART Objective” ดังนี้

S (Specific) = ความเฉพาะเจาะจงตัวชี้วัดควรมีความชัดเจนและมีความหมายมุ่งไปยังสิ่งที่วัดควรกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนไม่กำกวมเพื่อมิให้เกิดการตีความผิดพลาดและเพื่อสื่อสารความเข้าใจให้ตรงกันทั่วทั้งองค์กร

M (Measurable) = วัดได้ตัวชี้วัดต้องสามารถนำไปวัดผลการปฏิบัติงานได้จริงข้อมูลที่ได้จากการวัดสามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดอื่นและใช้วิเคราะห์ความหมายทางสถิติได้

A (Attainable)/ (Achievable) = ความสามารถในการบรรลุผลสำเร็จขององค์กรไม่ควรใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่องค์กรไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลได้โดยตรง

R (Realistic) = มีความสมจริงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมีความเหมาะสมกับองค์กรและไม่ใช้ต้นทุนการวัดที่สูงเกินไป

T (Time bound) = ภายใต้อกรอบเวลาที่เหมาะสมสามารถใช้วัดผลการปฏิบัติงานได้ในเวลาที่กำหนดควรปรับปรุงตัวชี้วัดให้ทันสมัยอยู่เสมอ

สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดที่ดีต้องสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการวัด สามารถสะท้อนถึงสถานะของสิ่งที่ต้องการวัดได้ สามารถนำไปวัดผลการปฏิบัติงานได้จริง มีความชัดเจนและมีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่ต้องการวัด ดังนั้น ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงควรเป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ สะดวกในการนำไปใช้และสามารถใช้ได้จริง รวมถึงต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4.2 แนวคิดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เนื่องด้วยตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่มีผู้ศึกษาไว้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวทางการประเมินผลลัพธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556), สำนักการพยาบาล (2559), Dunlop (1998) และ National consensus project (2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ

4.2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556) ได้กำหนดแนวทางการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยการสร้างแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale) ขึ้น โดยใช้ประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคองในทุกกลุ่มโรค เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณได้อย่างครอบคลุม ซึ่งในแบบประเมิน ประกอบด้วย 1) ประเมินความเจ็บปวด 2) ประเมินอาการรบกวนที่ส่งผลต่อความรู้สึก 3) ความวิตกกังวลของผู้ป่วย 4) ความวิตกกังวลของครอบครัว 5) การได้รับข้อมูล 6) การได้ระบายความรู้สึก 7) ความรู้สึกซึมเศร้า 8) ความรู้สึกมีความหมาย ความรู้สึกมีคุณค่า 9) ความรู้สึกว่าเสียเวลาในการได้รับการรักษา และ 10) การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงินและปัญหาอื่นๆ

4.2.2 สำนักการพยาบาล (2559) ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไว้ โดยเป้าหมายของการดูแลคือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย การดูแลจึงมุ่งเน้นที่ระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ความตายเป็นสิ่งที่มองเห็นในอนาคตอันใกล้ โดยกำหนดหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 ด้าน ดังนี้

1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคและอาการของผู้ป่วยในแต่ละราย อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และเข้าใจพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค และอาการที่จะต้องเกิดขึ้น และนำความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล เน้นความสบาย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน คือ การดูแลที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกๆด้าน เป็นการดูแลที่เน้นบุคคล ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

3) ความต่อเนื่องในการดูแล คือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเน้นการดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาต่างๆในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

4) การดูแลเป็นทีม คือ การให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องของทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด รวมถึงศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจากบ้านสู่ชุมชน จึงต้องให้ความสำคัญกับระบบสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

6) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระหรือเกิดปัญหากับสังคม โดยการสนับสนุนและการให้ข้อมูลจากทีมที่เพียงพอ

4.2.3 Dunlop (1998) ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้ ดังนี้

1) การจัดการความเจ็บปวด ได้แก่ ได้รับการประเมินความปวด ประสพการณ์ความเจ็บปวดที่ผ่านมาในอดีต ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดให้เพียงพอต่อความต้องการ เช่น มอร์ฟีน ผู้ป่วยหลับพักได้ ไม่มีกระสับกระส่าย หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลง

2) การจัดการอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก ไอ ไอเป็นเลือด เป็นต้น ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ

3) การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีอาการกลืนลำบาก ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้อุดตัน เป็นต้น ได้รับยาบรรเทาอาการ ได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำกิจกรรมเท่าที่ทำได้

4) การจัดการอาการระบบอื่น ๆ ได้แก่ รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด ซึม สับสน อ่อนแรง ชักเกร็ง กระตุก เป็นต้น ได้รับการประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ภาวะเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ

5) การดูแลด้านจิตใจ จิตสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าลดลง ปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

6) การส่งต่อการดูแล ได้แก่ ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวสามารถขอข้อมูลหรือคำแนะนำจากทีมได้ตลอด 24 ชั่วโมง

7) การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ดูแลให้ครอบครัวผ่านช่วงเวลาเศร้าโศก ในช่วง 1-3 วันแรกหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 3-6 เดือน โดยไม่มีปัญหาทางจิต

4.2.4 National consensus project (2013) ได้ทำ Clinical practice guideline คุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวม ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ทั้งหมด 8 ด้าน ดังนี้

1) การดูแลด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง มีความรู้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวครบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2) การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ได้รับการประเมินและการจัดการอาการทางด้านร่างกาย ด้วยการได้รับยา การทำหัตถการ การปรับพฤติกรรม ได้รับจัดการความเจ็บปวด ไม่เกิดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด

3) การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ได้รับการประเมินทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลรักษาตนเอง โดยการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว หรือครอบครัวยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย ครอบครัวได้รับการดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

4) การดูแลด้านสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือในสิ่งต่างๆที่มีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย เช่น ข้อมูลในการดูแล อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

5) การดูแลด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ ได้แก่ ได้รับการประเมินด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ ได้รับการตอบสนองในการทำพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อ ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย

6) การดูแลด้านวัฒนธรรม ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจและปฏิบัติตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยและต้องทราบว่าอะไรยึดหยุ่นได้หรือไม่ได้ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาษาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพสื่อสาร

7) การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการบวมในระยะสุดท้าย ครอบครัวทราบกระบวนการการเสียชีวิตและได้รับการเตรียมความพร้อมระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวได้รับการดูแลในช่วงภาวะเศร้าโศก ได้รับการดูแลตามความเชื่อและศาสนาในการเสียชีวิต

8) การดูแลด้านกฎหมายและจริยธรรม ได้แก่ ผู้ป่วยได้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) รวมทั้งการมีเอกสารหรือหลักฐานในการสรุปแผนการรักษา ร่วมกัน

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Moorhead, et al., 2013) และแนวคิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556; สำนักงานการพยาบาล, 2559; Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ) ให้ครอบคลุมรายการคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นำมาสร้างเป็นกรอบของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ในการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป้าหมายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อให้มีความจำเพาะเจาะจงและมีความครอบคลุมทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางที่ 1 การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

| การศึกษาศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง | สปสช. (2556) | สำนักงานการพยาบาล (2559) | Dunlop (1998) | National consensus project (2013) | NOC (2013) |
|--|--------------|--------------------------|---------------|-----------------------------------|------------|
| 1. ด้านการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. ด้านการบรรเทาอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของครอบครัว | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 5. ด้านความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | | ✓ |
| 6. ด้านการได้รับข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 7. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย | | ✓ | | | ✓ |
| 8. ด้านการตายดี | | ✓ | | ✓ | |
| 9. ด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต | | | ✓ | ✓ | |

ตารางที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง 9 ด้าน
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดทั้งในและต่างประเทศ

| การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง | สปสช. (2556) สถาบันแพทยศาสตร ศึกษา (วศศอ) | Dunlop (1998) | NCP (2013) | NOC (2013) | หมายเหตุ |
|--|---|---------------|------------|------------|----------|
| 1. ด้านการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย | | | | ✓ | |
| - ผู้ป่วยไม่มีความปวด หรือปวดลดลง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ผลลัพธ์ |
| - ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยลดลง <3 คะแนน | | ✓ | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากการทำหัตถการต่างๆ ที่ไม่ ก่อให้เกิดประโยชน์ | | ✓ | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ | ✓ | | ✓ | ✓ | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ | ✓ | ✓ | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่ตื่นตระหนกจากความเจ็บปวด | ✓ | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| 2. ด้านการบรรเทาอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| - ผู้ป่วยมีความสุขสบาย | ✓ | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่มีภาวะเหนื่อย ภาวะหายใจลำบาก | | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อมหาวิทยาลัย | | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ | ✓ | | | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ | | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน | | | ✓ | ✓ | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสน หรือกระสับกระส่าย | | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| 3. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| - ระดับความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียดของ ผู้ป่วยลดลง | ✓ | | | | ผลลัพธ์ |
| - ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง | ✓ | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พูดคุย หรือ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง | ✓ | | | | ผลลัพธ์ |

| การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง | สปสช. (2556) สถานการแพทย์ เบ ตศ | (2550) Dunlop (1998) | NCP (2013) | NOC (2013) | หมายเหตุ |
|--|------------------------------------|-------------------------|------------|------------|-----------|
| - ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละวันที่มี ชีวิตอยู่ | ✓ | | | | กระบวนการ |
| - ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และ ทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องต่างๆ ระหว่างการรักษา | ✓ | | ✓ | | กระบวนการ |
| - ผู้ป่วยได้รับการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทาง สังคม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | กระบวนการ |
| - ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับความเชื่อด้าน ศาสนา | | | ✓ | ✓ | กระบวนการ |
| 4. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของ ครอบครัว | ✓ | | | ✓ | |
| - ครอบครัวมีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง | ✓ | | ✓ | ✓ | ผลลัพธ์ |
| - ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างเป็นส่วนตัวในช่วงวาระ สุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย | | | | | กระบวนการ |
| - ครอบครัวได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการและการ รักษาผู้ป่วยตลอดจนผู้ป่วยเสียชีวิต | ✓ | | ✓ | ✓ | กระบวนการ |
| - ครอบครัวมีความเข้าใจในอาการและการดำเนินของ โรคของผู้ป่วย | | | ✓ | ✓ | ผลลัพธ์ |
| - ครอบครัวมีความพึงพอใจในการดูแลแบบ ประคับประคอง | | | | | ผลลัพธ์ |
| 5. ด้านความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหา ของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | ✓ | |
| - ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ | ✓ | | | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและยอมรับ เกี่ยวกับความตายที่จะมาถึงได้ | | | | | ผลลัพธ์ |

| การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง | สปสช. (2556) สถานการแพทย์ เบเนต (๒๕๕๐) | Dunlop (1998) | NCP (2013) | NOC (2013) | หมายเหตุ |
|---|--|---------------|------------|------------|---------------|
| 6. ด้านการได้รับข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | | |
| - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและได้รับคำปรึกษาจากทีมสุขภาพในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลรักษา | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | กระบวน การ |
| - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรครอย่างลึกซึ้ง | | ✓ | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย | | ✓ | ✓ | ✓ | กระบวน การ |
| - ครอบครัวเข้าใจอาการของผู้ป่วยตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต | | ✓ | | | ผลลัพธ์ |
| 7. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย | | | | ✓ | |
| - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะคุกคามทางร่างกาย | | ✓ | | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยไม่มีภาวะคุกคามด้านจิตใจ | | ✓ | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ | | | | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยสามารถพูดคุยเรื่องความตายได้อย่างอิสระเกี่ยวกับความตายที่ใกล้จะมาถึง | | | | | ผลลัพธ์ |
| 8. ด้านการตายดี | | | | | |
| - ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าความเป็นมนุษย์ | | | | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต | | ✓ | ✓ | | กระบวน การ |
| - ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายใกล้เข้ามาได้ | | | ✓ | | ผลลัพธ์ |

| การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง | สปสช. (2556) สถานการแพทย์ เบ ตศ (2550) | Dunlop (1998) | NCP (2013) | NOC (2013) | หมายเหตุ |
|--|--|---------------|------------|------------|-----------|
| - ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่ไม่จำเป็นก่อนที่จะเสียชีวิต | | | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ | | | | | ผลลัพธ์ |
| 9. ด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต | ✓ | | | | |
| - ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และยินดีให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ | | ✓ | ✓ | | ผลลัพธ์ |
| - ครอบครัวได้รับการดูแลทันทีหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต | | ✓ | ✓ | | กระบวนการ |
| - ครอบครัวมีภาวะโศกเศร้าลดลง หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 1 สัปดาห์ | | | | | ผลลัพธ์ |
| - สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต | | ✓ | | | ผลลัพธ์ |

จากตารางที่ 1 และตารางที่ 2 สรุปตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 9 ด้าน เรียงลำดับความสำคัญได้ดังนี้

1. ตัวชี้วัดด้านการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย (NOC, 2013; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556; สำนักการพยาบาล, 2559; Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีความปวดหรือความปวดลดลง ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยลดลง น้อยกว่า 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากการทำหัตถการต่างๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยไม่ตื่นตระหนกจากความเจ็บปวด

2. ตัวชี้วัดด้านการบรรเทาอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย (NOC, 2013; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556; สำนักการพยาบาล, 2559; Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) ได้แก่ ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ไม่มีภาวะเหนื่อย ภาวะหายใจลำบาก ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อ ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่มีภาวะสับสน หรือกระสับกระส่าย

3. ตัวชี้วัดด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย (NOC, 2013; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556; สำนักการพยาบาล, 2559; Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียดของผู้ป่วยลดลง ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พูดคุย หรือ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละวันที่มีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องต่างๆ ระหว่างการรักษา ผู้ป่วยได้รับการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับความเชื่อด้านศาสนา

4. ตัวชี้วัดด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของครอบครัว (NOC, 2013; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556; สำนักการพยาบาล, 2559; Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) ได้แก่ ครอบครัวมีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นส่วนตัวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย, ครอบครัวได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการและการรักษาผู้ป่วยตลอดจนผู้ป่วยเสียชีวิต, มีความเข้าใจในอาการและการดำเนินของโรคของผู้ป่วย และมีความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคอง

5. ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว (NOC, 2013) ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับตัวและยอมรับเกี่ยวกับความตายที่จะมาถึงได้

6. ตัวชี้วัดด้านการได้รับข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว (สำนักการพยาบาล, 2559; Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและได้รับคำปรึกษาจากทีมสุขภาพในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลรักษา, มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคอย่างลึกซึ้ง, ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย, และครอบครัวเข้าใจอาการของผู้ป่วยตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต

7. ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (NOC, 2013; สำนักการพยาบาล, 2559) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะคุกคามทางร่างกายและด้านจิตใจ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และสามารถพูดคุยเรื่องความตายได้อย่างอิสระเกี่ยวกับความตายที่ใกล้จะมาถึง

8. ตัวชี้วัดด้านการตายดี (สำนักการพยาบาล, 2559; National consensus project, 2013) ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าความเป็นมนุษย์ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต, สามารถยอมรับความตายที่ใกล้จะมาถึง ปราศจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่ไม่จำเป็นก่อนที่จะเสียชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบ

9. ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Dunlop, 1998; National consensus project, 2013) ได้แก่ ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และยินดีให้ผู้ป่วยจาก

ไปอย่างสงบ ครอบครัวได้รับการดูแลทันทีหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวมีภาวะโศกเศร้าลดลง หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 1 สัปดาห์ และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการทำวิจัยครั้งนี้นำมาเป็นกรอบแนวคิดได้ จำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้านการบรรเทาอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วยด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของครอบครัวด้านความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวด้านการได้รับข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านการตายดี และด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

5. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

5.1 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2551) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิจัยที่ใช้ในการคาดการณ์อนาคตและเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยที่ไม่ต้องเผชิญหน้ากันโดยตรง

ชนิตา รัชพลเมือง (2553) กล่าวว่า คำว่า “เดลฟาย” (Delphi) เป็นชื่อวิหารศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณซึ่งประชาชนนิยมที่จะไปขอคำทำนายอนาคต เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายจึงเป็นเทคนิคการทำนายเชิงอนาคต หรือความเป็นไปได้ในอนาคต โดยอาศัยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือในเรื่องนั้นๆ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงวิชาการ หรือเชิงบริหาร

บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์ (2553) กล่าวว่า เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาแนวโน้ม เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ต่างๆในอนาคต โดยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ ตลอดจนเป็นผู้ที่มีความสนใจในปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา

ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม (2555) กล่าวว่า เดลฟายเป็นวิธีการผสมผสานความรู้ของบุคคลเพื่อการวินิจฉัยสิ่งที่ยังไม่มีคำตอบที่แน่นอน โดยอาศัยกระบวนการสื่อสาร เพื่อรวบรวมความรู้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ จากการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์ข้อมูล โดยการพิจารณามติสอดคล้อง โดยเสียงข้างมาก วิธีเดลฟายไม่ได้จำกัดเฉพาะการแสวงหาความรู้เพื่อการพยากรณ์อนาคตเท่านั้น แต่สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือการวิจัย เพื่อค้นหาความรู้ความจริงในสิ่งที่ยังไม่มีคำตอบแน่นอนอื่นๆ

สรุป เทคนิคเดลฟาย เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาสิ่งที่ยังไม่มีคำตอบแน่นอน หรือเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้มาเพื่อข้อสรุป

5.2 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย (มนต์ชัยเทียนทอง, 2552)

5.2.1 เป็นภาพในอนาคตที่ต้องการศึกษาความเป็นไป หรือศึกษาแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น โดยการศึกษาที่ผู้วิจัยต้องการพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อใช้ในการเตรียมการวางแผนการบริหารการจัดการและการตัดสินใจ

5.2.2 เป็นปัญหาที่ไม่มีคำตอบถูกต้องแน่นอน แต่สามารถศึกษาปัญหาได้โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาดังกล่าว เพื่อหาข้อสรุปและแนวโน้มของความเป็นไปได้

5.2.3 เป็นปัญหาที่ต้องการศึกษาจากความคิดเห็นหลายๆ ด้านจากความรู้ทักษะและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ

5.2.4 ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของแต่ละคนมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการพิจารณาตัดสินปัญหาโดยรวม โดยไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความขัดแย้ง

5.2.5 ประสบปัญหากับการพบปะแบบเผชิญหน้าโดยตรงในการระดมสมองหรือการประชุมบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านเวลาการเดินทาง เป็นต้น

5.3 กระบวนการเทคนิคเดลฟาย (มนต์ชัย เทียนทอง, 2552 และ ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม, 2555)

5.3.1 กำหนดประเด็นปัญหาของการวิจัย

ประเด็นปัญหาของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบและต้องอาศัยมติจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับอนาคต เพื่อนำผลจากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

5.3.2 การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญถือว่ามีความสำคัญมากสำหรับงานวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย เนื่องจากเทคนิคเดลฟายต้องอาศัยความคิดเห็นจากการตอบของผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยจะน่าเชื่อถือหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจะต้องเป็นผู้ที่รู้จักจริง มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในสาขาที่ผู้วิจัยสนใจศึกษานอกจากนี้ยังจะต้องคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีในการวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามได้จนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยจำนวนของผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous group) อาจใช้เพียง 10-

15 คน แต่ถ้ากลุ่มมีความแตกต่างกันมีลักษณะเฮเทอโรเจนีอัส (Heterogeneous group) อาจต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก Macmillan กล่าวว่า ควรมีผู้เชี่ยวชาญ อย่างน้อย 17 คนขึ้นไป เนื่องจากจำนวนผู้เชี่ยวชาญมากจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนน้อย (Macmillan (1971) อ้างถึงใน ชนิตา รักรัษพลเมือง (2535))

5.3.3 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามโดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 - 4 รอบขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้ในแต่ละรอบ โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการส่งและตอบกลับแบบสอบถามแต่ละรอบไม่เกิน 2 สัปดาห์ ซึ่งแต่ละรอบ ประกอบด้วย

รอบที่ 1 ผู้วิจัยนำแบบกรอบแนวคิดมาสร้างเป็นแบบสอบถามปลายเปิด หรือ แบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ได้มากที่สุด หลังจากนั้นนำกลับมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียด เพื่อพัฒนาแบบสอบถามในรอบที่ 2

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลความคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 หลังจากนั้นจึงสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ส่งกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมอีกครั้งหนึ่งซึ่งจะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญออกความคิดเห็นในลักษณะของการจัดระดับความสำคัญในคำถามแต่ละข้อรวมทั้งระบุเหตุผลที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยลงในช่องว่างท้ายข้อความนอกจากนี้ยังสามารถเขียนคำแนะนำเพิ่มเติมได้

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 ซึ่งเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถามแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และคัดเลือกคำถามที่ผ่านเกณฑ์ คือ ค่ามัธยฐาน >3.50 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.50 จากนั้นส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านทราบ และเปรียบเทียบคำตอบของตนเองและคำตอบโดยรวม และนำมาใช้ประกอบการพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนในรอบที่ 3 หากรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.50 ไม่ต้องให้เหตุผล หากเป็นคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ >1.50 ต้องให้เหตุผลว่าเหตุใดจึงไม่คล้อยตามเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่

5.3.4 การสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจากแบบสอบถาม รอบที่ 3 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นหลักแล้วผู้วิจัยก็จะสามารถสรุปประเด็นที่ได้จากข้อคำถาม และเขียนรายงาน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

5.4 ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (มนต์ชัย เทียนทอง, 2552)

ข้อดีของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย

1) ความน่าเชื่อถือ ผลการวิจัยของการวิจัยเทคนิคเดลฟายมีความน่าเชื่อถือมากด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- 1.1) ผลการวิจัยเป็นคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์สาขานั้นๆ
- 1.2) ผลการวิจัยได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญหลายรอบ
- 1.3) ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของ

ความคิดของกลุ่ม ทำให้สามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่

2) ใช้เวลาในการวิจัยไม่มาก เนื่องจากกระบวนการเก็บข้อมูลแต่ละรอบใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ทั้งกระบวนการจะใช้เวลาทั้งสิ้น 2-3 เดือน

3) ใช้งบประมาณในการวิจัยน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มากเท่าการวิจัยแบบอื่นๆ

ข้อจำกัดของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย

1) การคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ไม่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆอย่างแท้จริง อาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน

2) ผู้เชี่ยวชาญไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามหลายครั้ง อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการตอบแบบสอบถาม อาจส่งผลให้กระบวนการวิจัยล่าช้าได้

3) ขาดการวางแผนในการเก็บข้อมูล หรือเกิดการสูญหายของแบบสอบถาม หรือผู้เชี่ยวชาญมีภารกิจอื่นที่สำคัญกว่า ทำให้กระบวนการวิจัยล่าช้า

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่ามีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไว้หลายแง่มุม ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์ (2556) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้หลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชในโรงพยาบาลจำนวน 45 รายผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

พิมพ์พนิต ภาศรี (2557) ศึกษาพรรณณะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 100 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยแสดงพรรณณะเกี่ยวกับผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิตมากที่สุดคือ ความประสงค์มีชีวิตในระยะสุดท้าย และเสียชีวิตที่บ้าน รองลงมาคือ การขอรับรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และ มีความต้องการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจน้อยที่สุด 2) ด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่ามีการให้ความสำคัญกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมากที่สุด รองลงมาคือ ญาติและเพื่อน และสิ่งที่ให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ การนำศาสนาเข้ามาใช้ในการตัดสินใจในการดูแลรักษา 3) ด้านปัญหาสุขภาพและสภาวะทางอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีความไม่สุขสบายทางกายมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการความช่วยเหลือของครอบครัว

วาสนา สวัสดิ์ตินุภาพ, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช ศึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ดูแลหลัก 35 คน, พยาบาล 145 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 24 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ผลลัพธ์ของผู้ป่วยด้านร่างกาย คือการจัดการความเจ็บปวดและอาการต่างๆรุนแรงในระยะแรกและลดลงในระยะจำหน่าย และอาการส่วนใหญ่ที่พบคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และท้องผูก ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องของการเจ็บป่วย การรักษา และความรู้สึกเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับสุขภาพลดลง

Miyashita, et al. (2008) ศึกษาการระบุตัวชีวิตด้านคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น โดยใช้เดลฟายเทคนิค ใช้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 17 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคอง 5 คน, แพทย์เฉพาะทางมะเร็งวิทยา 1 คน, แพทย์อายุรกรรม 1 คน, นักจิตวิทยา มะเร็ง 3 คน, พยาบาล 3 คน, นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน, นักกฎหมาย 1 คน และ นักสถิติ 1 คน พบว่า ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ประกอบด้วย 4 ด้าน หลักๆ และมีตัวชี้วัดย่อยอีก 30 ตัวชี้วัด คือ 1) ด้านการควบคุมอาการรบกวนต่างๆ มี 8 ตัวชี้วัดย่อย 2) ด้านการได้รับข้อมูลและการตัดสินใจของผู้ป่วย มี 5 ตัวชี้วัดย่อย 3) ด้านการดูแลครอบครัว มี 11 ตัวชี้วัดย่อย 4) ด้านการได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ มี 6 ตัวชี้วัดย่อย

Pasman, et al. (2009) ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการพัฒนาบรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดหลัก และ 57 ตัวชี้วัดย่อย ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้างและกระบวนการ มี 13 ตัวชี้วัดย่อย 2) ด้านการดูแลด้านร่างกาย มี 26 ตัวชี้วัดย่อย 3) ด้านการดูแลด้านจิตใจ มี 16 ตัวชี้วัดย่อย และ 4) ด้านการดูแลด้านจิตสังคม มี 2 ตัวชี้วัดย่อย

Seow, et al. (2009) ศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบของ National consensus project ปี 2004 ซึ่งเป็นการประชุมเพื่อหาข้อสรุปโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวชี้วัดประเด็นหลักๆ ผลของการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมทั้งตัวชี้วัดด้านกระบวนการและตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ซึ่งมีทั้งหมด 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดตัวชี้วัดของความปวดจะไม่เฉพาะเจาะจงที่ระดับความเจ็บปวด รวมถึงการประสบความสำเร็จในการลดความเจ็บปวด 2) ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยเหนื่อยดีขึ้นจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย 3) การสื่อสาร, การวางแผนการดูแล และการตัดสินใจ ระดับความเข้าใจในการสนทนาของผู้ป่วยและครอบครัว 4) การดูแลด้านจิตสังคม การเผชิญกับอารมณ์ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา การจัดการกับโรค การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดการสิ่งที่รบกวนชีวิต และการจัดการภาระค่าใช้จ่าย 5) การสื่อสารเกี่ยวกับการให้เคมีบำบัด ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัดในช่วงสุดท้ายว่าเป็นการให้เพื่อรักษาและบรรเทาอาการ 6) ภาวะซึมเศร้า 7) ความต่อเนื่องในการดูแล การประสานงานและการส่งต่อการดูแล เป้าหมายของการดูแลต้องขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว และการประเมินซ้ำต้องขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและทางเลือกในการรักษา บุคคลสำคัญที่ต้องส่งต่อข้อมูล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลและสมาชิกในครอบครัว 8) ด้านจิตวิญญาณและการเสียชีวิต สัมพันธภาพ การมีคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการ ความหวังในวาระสุดท้ายของชีวิต

Claessen, et al. (2011) ศึกษาการสร้างตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองใหม่ ซึ่งจะเน้นในเรื่องกระบวนการและผลลัพธ์ การศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 33 ตัวชี้วัด และ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 10 ตัวชี้วัด รวมทั้งหมด 43 ตัวชี้วัด ซึ่งแบ่งได้อีก 2 ส่วนคือ ส่วนของผู้ป่วยและครอบครัว ในส่วนของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การจัดการความเจ็บปวดและอาการต่างๆของร่างกาย 6 ตัวชี้วัดย่อย 2) ความผาสุกทางจิตสังคมของผู้ป่วย 8 ตัวชี้วัดย่อย 3) ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย 8 ตัวชี้วัดย่อย 4) การดูแลทั่วไป และในส่วนของครอบครัว ประกอบด้วย 11 ด้านย่อย คือ 1) ความผาสุกด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของญาติ 4 ตัวชี้วัดย่อย 2) การดูแลทั่วไปของญาติ 3 ตัวชี้วัดย่อย และ 3) การดูแลญาติหลังความตายของผู้ป่วย 3 ตัวชี้วัดย่อย

Raijmakers, et al. (2012) ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในวันสุดท้ายของชีวิต เป็นการเก็บข้อมูลจาก OPCARE9 ซึ่งเป็นความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพทั้งหมด 9 ประเทศได้แก่ อาเจนตินา อิตาลี เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ สโลวีเนีย สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์ และอังกฤษ โดยงานวิจัยฉบับนี้ใช้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 17 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพที่ได้มามีทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ดังนี้ด้านโครงสร้างได้แก่ 1) ความพร้อมด้านการบริการและการสนับสนุน 2) ทีมสุขภาพมีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องหรือมีการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ 3) การประเมินการวางแผนการดูแล และ 4) การประเมินเครื่องมือและยา

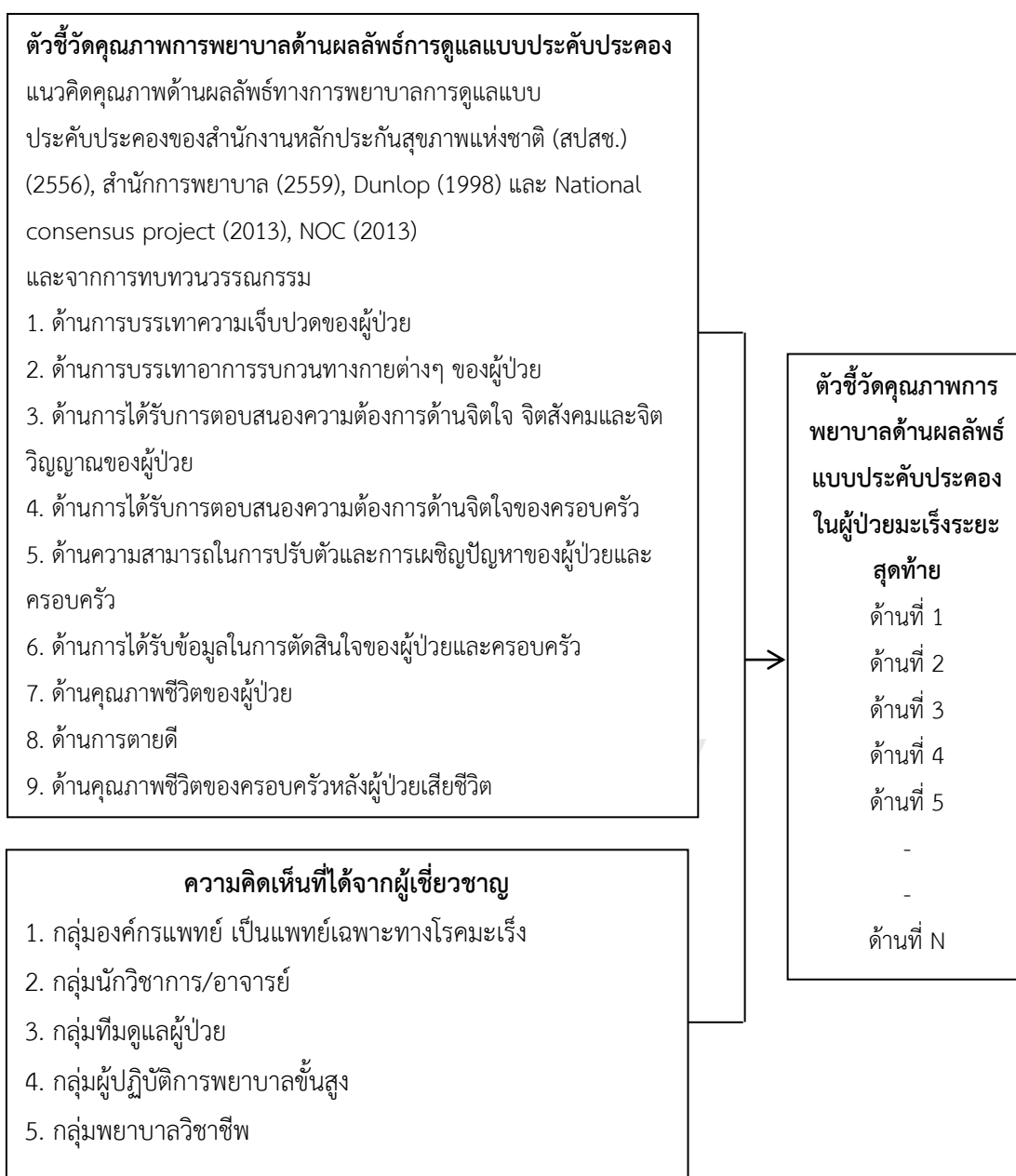
ด้านกระบวนการ ได้แก่ 1) มีการใช้แผนการดูแลและแนวทาง 2) ขอบเขตของการใช้ยาและใบสั่งยา 3) อิทธิพลของผู้ป่วยในการตัดสินใจ 4) การเสนอความช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ 5) การประชุมของทีมสุขภาพ 6) การจัดการการติดเชื้อ 7) สัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องตายอย่างโดดเดี่ยว 8) คุณภาพของการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และ 9) การระบุสถานที่ในการส่งต่อการดูแลและในด้านผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ด้านการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว 2) สถานที่เสียชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ 3) หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดผลกดทับ 4) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 5) มุมมองของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย

Nakasawa, et al. (2015) ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพประชากรสำหรับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในประเทศญี่ปุ่น โดยใช้เคลฟายเทคนิคเช่นกัน จากงานวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) คุณภาพชีวิตของครอบครัวในระยะพลัดพราก 3) การดูแลครอบครัว และ 4) สถานที่เสียชีวิต

Mello, et al. (2016) ศึกษาการใช้ Nursing Outcomes Classification (NOC) ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งกับอาการปวดแบบเฉียบพลันหรือการปวดแบบเรื้อรังในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบไปข้างหน้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็งในหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care unit) 13 รายติดตามผู้ป่วยอย่างน้อย 4 วัน เครื่องมือประกอบไปด้วย 8 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัดของ NOC 19 ตัวชี้วัด ผลการวิจัยพบว่า การติดตามตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้กับการประเมินความปวดของผู้ป่วยมะเร็งในการดูแลแบบประคับประคองได้คือ 1) การรายงานความเจ็บปวดและความยาวนานของการปวดในผลลัพธ์ระดับความเจ็บปวด (Pain level outcomes) 2) สัมพันธภาพทางสังคมในผลลัพธ์ความพึงพอใจส่วนบุคคล (Personal well-being outcomes) 3) อัตราการหายใจในผลลัพธ์ด้านสัญญาณชีพ (Vital sign outcomes) 4) การอธิบายปัจจัยที่เป็นสาเหตุในผลลัพธ์ด้านการควบคุมความเจ็บปวด (Pain control outcomes)

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้จากแนวคิดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556), สำนักงานพยาบาล (2559), Dunlop (1998), National consensus project (2013) และ NOC (2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

การคัดเลือกและกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้เชี่ยวชาญมีคุณสมบัติ โดยเริ่มต้นจากการสอบถามจากแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในการแนะนำผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มองค์กรแพทย์ สอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และสอบถามจากสมาชิกผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งการศึกษาจากประวัติ ผลงานที่ปรากฏในหนังสือและงานวิจัยต่างๆ เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จนครบ 5 กลุ่ม จำนวน 18 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และสอดคล้องตามการศึกษาของ Macmillan (1971 อ้างถึงใน ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2535) กล่าวว่าผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป จะทำให้ความคลาดเคลื่อนลดลง 0.02 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์ เป็นแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง
- 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์
- 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย
- 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารพยาบาลชั้นสูง และ
- 5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์ จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 1) ได้รับวุฒิบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง
- 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไปและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 1) วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า
- 2) มีผลงานทางวิชาการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองหรือ

- 3) เป็นผู้สอนหรือผู้บรรยายหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team: PCT) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 1) วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า
- 2) พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team: PCT) ของโรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง

- 3) มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดของโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 1) วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หรือ สาขาผู้สูงอายุ จากสภาการพยาบาล
- 2) มีประสบการณ์การทำงานดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5 ปีขึ้นไป

กลุ่มที่ 5 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- 1) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4 เดือน
- 2) มีประสบการณ์การทำงานดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5 ปีขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการอนุมัติจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ใบอนุญาตจริยธรรมเลขที่ 143-1/59) เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 ผู้วิจัยดำเนินการแจ้งเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยบอกถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่จะตอบแบบสอบถามต้องสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยรักษาข้อมูลเป็นความลับ เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับหลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำลายทิ้งแล้วรายงานการวิจัยวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยนำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที

1.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้จากการบูรณาการแนวทางการประเมินผลลัพธ์ของสำนักงานประกันสุขภาพ (สปสช.) (2556), สำนักการพยาบาล (2559), Dunlop (1998) และ National consensus project (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้นและเป็นแบบสอบถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างตามแนวคิดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กำหนดแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์การทำงาน วุฒิการศึกษา ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลในการอ้างอิงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลในส่วนนี้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด (Open-end questionnaire) จำนวน 2 ข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ คำถามที่ใช้มีดังนี้

1) จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกี่ด้าน อะไรบ้าง

2) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ควรประกอบด้วยรายละเอียดที่เป็นตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.2.1 ผู้วิจัยติดต่อเรียนผู้เชี่ยวชาญที่มีรายชื่ออย่างไม่เป็นทางการ โดยการโทรศัพท์ และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) หลังจากรายชื่อผู้เชี่ยวชาญได้ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว

1.2.2 ทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน

1.2.3 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ แนะนำตัวและนัดหมายส่งเอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการนัดหมายสัมภาษณ์ โดยการนำส่งด้วยตนเอง จำนวน 2 คน ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 คน และทางไปรษณีย์ภัณฑ์ด่วนพิเศษ (EMS) จำนวน 18 คน รวมทั้งหมดจำนวน 21 คน พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่จะสัมภาษณ์ และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อกำหนดนัดหมายล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

1.2.4 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเตรียมเครื่องบันทึกเสียง กระจายสำหรับจดบันทึก ใบเซ็นต์ยินยอมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย (Consent form) โทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้า 1 วัน โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เป็น 3 แบบ คือ

1) สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง จำนวน 8 คน โดยในวันสัมภาษณ์ผู้วิจัยไปถึงสถานที่ที่นัดสัมภาษณ์ก่อน 30 นาที เตรียมความพร้อมตรวจสอบเครื่องบันทึกเสียงและเอกสารต่างๆ โทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อถึงเวลานัดหมาย เพื่อขอพบและเริ่มสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย เหตุผลของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง และขออนุญาตในการบันทึกเสียงและจดบันทึกแบบย่อระหว่างทำการสัมภาษณ์ ใช้คำถามในแนวที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ ตั้งใจฟัง ให้ความสนใจและสรุปประเด็น สอบถามรายละเอียดจนครอบคลุมทุกประเด็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด ไม่มีการถามโดยใช้คำถามนำ เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นตามความต้องการ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความยินดีและเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ สรุปการสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย คนละ 45 นาที ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บข้อมูลในครั้งต่อไปในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พร้อมทั้งขออนุญาตติดต่อกลับทางโทรศัพท์ เมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และยืนยันการทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการโทรศัพท์กลับไปสอบถามเพิ่มในประเด็นที่ยังมีข้อสงสัย 3 คน โดยใช้เวลาเฉลี่ย 15 นาที

2) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 12 คน ผู้วิจัยเตรียมตัวเหมือนการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง แต่ไม่ต้องไปพบผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายวันเวลาที่สัมภาษณ์ก่อน และนัดในวันที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวกในการให้ข้อมูล ก่อนทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องตรวจสอบความพร้อมของโทรศัพท์ เครื่องบันทึกเสียง และรายละเอียดของบทสัมภาษณ์ เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์

ด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 45 นาที หลังจากนั้นสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตติดต่อกลับทางโทรศัพท์ เมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และยืนยันการทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ

3) ตอบแบบสอบถามทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 คน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า มีความสะดวกในการให้ข้อมูลและมีเวลาในการรวบรวมความคิดเห็นในการตอบคำถาม โดยผู้วิจัยทำการส่งเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ แบบสอบถามชุดที่ 1 รวมถึงอธิบายกำหนดการในการรับแบบสอบถามคืนทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์หรือไปรษณีย์ไม่เกิน 2 สัปดาห์ และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

1.2.5 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2559 ถึง 10 มกราคม 2560 ใช้เวลาทั้งสิ้น 72 วัน

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ถอดเทปการสัมภาษณ์ทันทีหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน นำมาตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละด้าน ก่อนนำมาสรุปตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดจากการบูรณาการเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา จนได้เนื้อหาครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิดและจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถสรุปตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 6 ด้าน และมีรายละเอียดตัวชี้วัดย่อยจำนวน 39 ข้อ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามในรอบที่ 2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากการทบทวนวรรณกรรม

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|--|---|---|
| 1. ตัวชี้วัดด้านการบรรเทาความ เจ็บปวดของผู้ป่วย 1.1 ผู้ป่วยไม่มีความปวด หรือ ปวดลดลง 1.2 ระดับคะแนนความปวด ของผู้ป่วยลดลง <3 คะแนน 1.3 ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจาก การทำหัตถการต่างๆ ที่ไม่ ก่อให้เกิดประโยชน์ 1.4 ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ 1.5 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 1.6 ผู้ป่วยไม่ตื่นทรมานจาก ความเจ็บปวด | - ผู้ป่วยได้รับการประเมิน อาการปวด และได้รับการ จัดการอาการปวดที่เพียงพอ และเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการบรรเทา อาการปวด ไม่ว่าจะเป็นการ ใช้ยา หรือการไม่ใช้ยา - ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจาก การเจ็บปวด และ ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด - ผู้ป่วยสามารถนอนหลับ พักผ่อนได้ หรือสามารถ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเองบ้าง เช่น รับประทานอาหารได้ เดินได้ เป็นต้น - คะแนนปวดลดลง น้อย กว่า 3 คะแนน ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการ บรรเทาอาการ - ผู้ป่วยไม่ทรมานจากการ ทำหัตถการที่ไม่จำเป็น | 1. ตัวชี้วัดด้านการดูแล อาการเจ็บปวดของผู้ป่วย 1) อาการปวดลดลง หรือไม่ ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของ โรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับ อาการปวด (Pain management) ทั้งระดับ ความรุนแรง และความถี่ หลังจากการใช้ยา (มอร์ฟีน (Morphine), เฟนทานิล (Fentanyl)) และการไม่ใช้ยา (การนวด การบำบัดด้วย เสียงเพลง) 2) ระดับคะแนนความ เจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain score = 0- 10) ภายใน 24 ชั่วโมง หลัง ได้รับการจัดการกับอาการ 3) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการได้รับ ยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความรู้สึกตัวลดลง น้อยกว่า 2 คะแนน |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ระดับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ระดับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|--|---|--|
| | | (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15) ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ เป็นต้น 4) ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล หรือการช่วยเหลือในการทำสมาธิ 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับพยาบาลในการทำกิจกรรมประจำวันของตนเอง |
| 2. ตัวชี้วัดด้านการบรรเทา อาการรบกวนทางกายต่างๆของ ผู้ป่วย 2.1 ผู้ป่วยมีความสุขสบาย 2.2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะเหนื่อย ภาวะหายใจลำบาก โดยติดตามระดับออกซิเจนในเลือด ไม่น้อยกว่า 95% 2.3 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อ 2.4 ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ 2.5 ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระได้ | - ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการรบกวนต่างๆของ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ตั้งแต่แรกรับ ได้รับ การประเมินอย่างต่อเนื่อง และได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยที่มีคะแนน ESAS < 4 มีที่ร้าย - ผู้ป่วยไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบาก | 2. ตัวชี้วัดด้านการทุเลา อาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย 1) ไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) 2) ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomit) 3) รับประทานอาหารได้ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากการประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน 4) ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะ |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|---|---|---|
| 2.6 ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน | ลดลงภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อ บรรเทาอาการ | หายใจลำบากลดลง ภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับ อาการประกอบด้วย ระดับ |
| 2.7 ผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสน หรือกระสับกระส่าย | - ผู้ป่วยไม่มีอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน อาการเบื่อ อาหาร ท้องผูก แน่นท้อง จากน้ำในช่องท้อง (Ascites) | ออกซิเจนในเลือด (O ₂ Saturation) มากกว่า 92% อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที |
| | | 5) ระดับคะแนน จากการ ประเมิน อาการรบกวนใน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton symptom assessment system: ESAS) |
| | | น้อยกว่า 4 คะแนน จาก อาการทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ซีมีเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่อ อาหาร ความสบายดีทั้งกาย และใจ และเหนื่อยหอบ |
| | | 6) ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะ เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการ ดูแลและทำความสะอาดช่อง ปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง |
| | | 7) ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง |

| <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ระดับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด</p> | <p>วิเคราะห์ข้อมูลจากการ</p> <p>สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</p> | <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ระดับประคองในผู้ป่วย</p> <p>มะเร็งระยะสุดท้าย</p> |
|---|---|---|
| | | <p>จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลังได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย</p> <p>8) ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน จากการดูแลให้ได้รับยาระบาย และการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย</p> |
| <p>- ไม่มีระบุในการทบทวนเอกสาร</p> | <p>- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด ภาวะซีด ภาวะเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้สับสน</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชือร่างกาย</p> | <p>3.ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ</p> <p>1) ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) จากการได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction)</p> <p>2) ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) จากการได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด</p> <p>3) ไม่มีอาการสับสน (Confusion) หรือการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่เสียไป (Disorientation) จากการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วยอย่าง</p> |


| <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ระดับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด</p> | <p>วิเคราะห์ข้อมูลจากการ</p> <p>สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</p> | <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ระดับประคองในผู้ป่วย</p> <p>มะเร็งระยะสุดท้าย</p> |
|---|--|--|
| |  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>CHULALONGKORN UNIVERSITY</p> | <p>ใกล้ชิด ร่วมกับการจัด</p> <p>สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย</p> <p>4) ไม่มีภาวะซีด (Anemia) และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มากกว่า 30% จากการได้รับยาบำรุงเลือด เลือดและสารประกอบของเลือด (Blood transfusion) และโภชนาการที่เหมาะสม</p> <p>5) ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เช่น มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae) เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) เป็นต้น</p> <p>จากการเฝ้าระวังการพลัดตก หกล้ม (Fall)</p> <p>6) ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ชักเกร็ง กระจก (Seizure) เป็นต้น</p> <p>จากการควบคุมสารน้ำในร่างกาย (Intake - output)</p> |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|--|---|---|
| <p>3. ตัวชี้วัดด้านการได้รับการ ตอบสนองความต้องการด้าน จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย</p> <p>3.1 ระดับความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียดของผู้ป่วย ลดลง</p> <p>3.2 ระดับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยลดลง</p> <p>3.3 ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรม แยกตัว ไม่พูดคุย หรือรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง</p> <p>3.4 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ความต้องการในแต่ละวันที่มีชีวิต อยู่</p> <p>3.5 ผู้ป่วยได้รับความ ช่วยเหลือจากครอบครัวและ ทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องต่างๆ ระหว่างการรักษา</p> <p>3.6 ผู้ป่วยได้รับการ ประสานงานกับแหล่งสนับสนุน ทางสังคม</p> <p>3.7 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เกี่ยวกับความเชื่อด้านศาสนา</p> <p>4. ด้านการได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านจิตใจของ</p> | <p>- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความ วิตกกังวล ภาวะเครียด และ ภาวะซึมเศร้า ได้รับการ ประเมินและได้รับคำปรึกษา อย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ครอบคลุมปัญหาทางด้าน จิตใจ</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรม แยกตัว ไม่อยากทำกิจกรรม ซึมเศร้า หรือร้องไห้ ไม่ ท้อแท้หรือหมดหวัง ไม่ พยายามฆ่าตัวตาย</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เช่น ภาพลักษณ์ เปลี่ยนแปลง</p> <p>- ผู้ป่วยเข้าใจในตัวโรคและ มีการเลือกสิทธิการตาย</p> <p>- ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และ ไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่</p> <p>- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อ การดูแลของพยาบาล</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดกับช่วง ชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>- ได้รับการช่วยเหลือในการ จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลที่</p> | <p>4. ตัวชี้วัดด้านการได้รับการ ตอบสนองความต้องการด้าน จิตใจ จิตสังคม และจิต วิญญาณ ของผู้ป่วยและ ครอบครัว</p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ กลไกการดำเนินของโรค และ สภาพอาการต่างๆที่เกิดขึ้น</p> <p>2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือพฤติกรรมแยกตัวลดลง</p> <p>3) ครอบครัววิตกกังวล หรือ เครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง เช่น อากาและการรักษา ค่าใช้จ่ายในการนอน โรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>4) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตใจสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวน กระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการได้ปฏิบัติกิจกรรม ตามศาสนา ตามความเชื่อของ ตน เช่น การทำบุญ ถวาย สังฆทาน การละหมาด หรือ การอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น</p> <p>5) ผู้ป่วยและครอบครัวมี ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยแบบ</p> |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|---|--|---|
| ครอบครัว | บ้าน | ประคับประคอง ในระยะ |
| 4.1 ครอบครัวมีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง | - ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนา ลัทธิ ประเพณี | สุดท้าย |
| 4.2 ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วย อย่างเป็นส่วนตัวในช่วงวาระ สุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย | และความเชื่อของตนเอง มี สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ - ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น รู้สึกมี | |
| 4.3 ครอบครัวได้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับอาการและการรักษา ผู้ป่วยตลอดจนผู้ป่วยเสียชีวิต | คุณค่าในตนเอง สามารถ ตัดสินใจสิ่งต่างๆได้เอง - ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ใน | |
| 4.4 ครอบครัวมีความเข้าใจใน อาการและการดำเนินของโรค ของผู้ป่วย | สังคมได้ ถ้ายังพอไหว ไม่ รู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทางสังคม | |
| 4.5 ครอบครัวมีความพึงพอใจ ในการดูแลแบบประคับประคอง | - ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับ คนใกล้ชิด ครอบครัว ไม่อยู่ อย่างโดดเดี่ยว | |
| | - ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและ ระบายความรู้สึก | |
| | - ครอบครัวได้รับการ ช่วยเหลือในการจัด สิ่งแวดล้อมในการดูแลที่ บ้าน | |
| | - ได้รับการช่วยเหลือ เกี่ยวกับเศรษฐกิจ | |
| | **ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ รวม ด้านการได้รับการ ตอบสนองความต้องการ ด้านจิตใจ จิตสังคม และ | |

| <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด</p> | <p>วิเคราะห์ข้อมูลจากการ</p> <p>สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</p> | <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ประคับประคองในผู้ป่วย</p> <p>มะเร็งระยะสุดท้าย</p> |
|--|--|---|
| <p>จิตวิญญาณ ของผู้ป่วย</p> <p>และครอบครัว เป็นข้อ</p> <p>เดียวกัน**</p> | | |
| <p>5. ด้านความสามารถในการ</p> <p>ปรับตัวและการเผชิญปัญหา</p> <p>ของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>5.1 ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้</p> <p>5.2 ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>สามารถปรับตัวและยอมรับ</p> <p>เกี่ยวกับความตายที่จะมาถึงได้</p> <p>6. ตัวชี้วัดด้านการได้รับข้อมูล</p> <p>ในการตัดสินใจของผู้ป่วยและ</p> <p>ครอบครัว</p> <p>6.1 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ</p> <p>และได้รับคำปรึกษาจากทีม</p> <p>สุขภาพในการวางแผนและการ</p> <p>ตัดสินใจในการดูแลรักษา</p> <p>6.2 ผู้ป่วยและครอบครัวมี</p> <p>ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ</p> <p>ดำเนินของโรคอย่างลึกซึ้ง</p> <p>6.3 ครอบครัวมีส่วนร่วมใน</p> <p>การดูแลผู้ป่วย</p> <p>6.4 ครอบครัวเข้าใจอาการ</p> <p>ของผู้ป่วยตลอดจนวาระสุดท้าย</p> <p>ของชีวิต</p> | <p>- ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน</p> <p>เกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ เช่น</p> <p>เครื่องผลิตออกซิเจน</p> <p>อุปกรณ์ทำแผล</p> <p>- ครอบครัวมีความสามารถ</p> <p>ที่จะสามารถเผชิญระยะ</p> <p>สุดท้ายได้และสามารถ</p> <p>ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้</p> <p>อย่างมั่นใจ ไม่กังวล</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่</p> <p>ต่อเนื่องและเพียงพอในการ</p> <p>ตัดสินใจ</p> <p>- ครอบครัวมีความเข้าใจใน</p> <p>อาการและการดำเนินของ</p> <p>โรคของผู้ป่วย และยอมรับ</p> <p>ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต</p> <p>- ครอบครัวสามารถปรับตัว</p> <p>ได้</p> <p>- ครอบครัวไม่รู้สึกละอายใจ ใน</p> <p>การตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตผู้ป่วย</p> <p>- ครอบครัวไม่รู้สึกลัวผู้ป่วย</p> <p>เป็นภาระ</p> <p>- ครอบครัวได้รับข้อมูล</p> | <p>5. ตัวชี้วัดด้านการเผชิญ</p> <p>ปัญหาและการปรับตัวของ</p> <p>ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1) ครอบครัวยอมรับต่อความ</p> <p>เจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วน</p> <p>ร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะ</p> <p>สุดท้าย</p> <p>2) ผู้ป่วยและครอบครัว มี</p> <p>แผนการดูแลรักษาตนเอง</p> <p>ล่วงหน้า (Advance care</p> <p>plan) จากการประชุม</p> <p>ครอบครัว (Family</p> <p>conference) เช่น การให้ยา</p> <p>เคมีบำบัด (Chemotherapy)</p> <p>การใช้รังสีรักษา</p> <p>(Radiotherapy) หรือการ</p> <p>ผ่าตัด (Operation)</p> <p>3) ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต</p> <p>(Living will) และครอบครัว</p> <p>รับทราบและยอมรับในการ</p> <p>ตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น</p> <p>ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อฟื้น</p> <p>คืนชีพ (Cardiopulmonary</p> |

| <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด</p> | <p>วิเคราะห์ข้อมูลจากการ</p> <p>สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</p> | <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล</p> <p>ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ</p> <p>ประคับประคองในผู้ป่วย</p> <p>มะเร็งระยะสุดท้าย</p> |
|--|--|--|
| | <p>อย่างต่อเนื่องและได้รับ</p> <p>คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ</p> <p>และการรักษาผู้ป่วย</p> <p>ตลอดจนผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ</p> <p>วางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ล่วงหน้า</p> <p>- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ</p> <p>ตัดสินใจ และสามารถ</p> <p>ตัดสินใจได้ ในกรณีที่ผู้ป่วย</p> <p>ไม่รู้สึกรู้ตัว</p> <p>- ครอบครัวมีความพึงพอใจ</p> <p>ในการดูแลแบบ</p> <p>ประคับประคอง</p> <p>- ครอบครัวสามารถดูแล</p> <p>ผู้ป่วยและจัดการอาการ</p> <p>ต่างๆของผู้ป่วยที่บ้านได้</p> <p>อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>- ครอบครัวสามารถดูแล</p> <p>ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้</p> <p>** ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้</p> <p>รวมตัวชี้วัดเรื่องการได้รับ</p> <p>ข้อมูล การตัดสินใจและ</p> <p>การเผชิญปัญหาไว้ด้วยกัน</p> | <p>resuscitation: CPR), ปฏิเสธ</p> <p>การเสียชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ยื้อ</p> <p>ชีวิต หรือต้องการกลับไป</p> <p>เสียชีวิตในบ้าน เป็นต้น</p> <p>4) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ</p> <p>ตอบสนองทุกครั้ง เมื่อ</p> <p>ต้องการเปลี่ยนแปลงการ</p> <p>ตัดสินใจในการรักษา</p> <p>5) ผู้ป่วยสามารถปรับตัว</p> <p>เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของ</p> <p>ภาพลักษณ์ได้ เช่น ผมง่วง</p> <p>รูปร่างผอม มีสายให้อาหาร</p> <p>ทางสายยางที่จมูก</p> <p>(Nasogastric tube) มีถุง</p> <p>ระบายอุจจาระทางหน้าท้อง</p> <p>(Colostomy) เป็นต้น</p> <p>6) ครอบครัวมีความพร้อมใน</p> <p>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่</p> <p>บ้าน หลังได้รับการช่วยเหลือ</p> <p>ในการหาแหล่งสนับสนุน</p> <p>เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นใน</p> <p>การดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่อง</p> <p>ผลิตออกซิเจน (Home</p> <p>oxygen) อุปกรณ์ทำแผล</p> <p>(Dressing set) เป็นต้น</p> <p>7) ครอบครัวของผู้ป่วยมี</p> <p>ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> |

| <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด</p> | <p>วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</p> | <p>ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย</p> |
|---|---|--|
|  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | | <p>และการจัดการกับอาการ ต่างๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลทำความสะอาดแผล กดทับ การดูแลแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ เป็นต้น</p> <p>8) ครอบครัวยังมีแหล่งสนับสนุน ข้อมูลที่สามารถติดต่อ สอบถาม เมื่อต้องการขอ ความช่วยเหลือ ในกรณีที่ ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ ต่างๆ การปรับยา เมื่อผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมอาการปวด ได้ เป็นต้น</p> |
| | | <p>7. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>7.1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะคุกคาม ทางร่างกาย</p> <p>7.2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะคุกคาม ด้านจิตใจ</p> <p>7.3 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ ตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้</p> <p>7.4 ผู้ป่วยสามารถพูดคุยเรื่อง ความตายได้อย่างอิสระเกี่ยวกับ ความตายที่ใกล้จะมาถึง</p> |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|--|---|--|
| <p>8. ด้านการตายดี</p> <p>8.1 ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าความเป็นมนุษย์</p> <p>8.2 ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต</p> <p>8.3 ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายใกล้เข้ามาได้</p> <p>8.4 ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่ไม่จำเป็นก่อนที่จะเสียชีวิต</p> <p>8.5 ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ</p> | <p>- ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนา (Advance care plan) ก่อนเสียชีวิต ได้สะสางปัญหาตามที่ต้องการ</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เป็นที่น่าพึงพอใจ หรือเสียชีวิตโดยไม่มีอุปสรรคยื้อชีวิต</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ต้องการอยู่กับคนที่รัก และอยู่กับคนที่รักอย่างมีความหมาย</p> <p>- ผู้ป่วยยอมรับการเสียชีวิตพล่อยวาง ไม่กลัวที่จะเสียชีวิต</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ต้องการอยู่กับคนที่รัก และอยู่กับคนที่รักอย่างมีความหมาย</p> <p>- ผู้ป่วยยอมรับการเสียชีวิตพล่อยวาง ไม่กลัวที่จะเสียชีวิต</p> <p>- ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง ยิ้มได้แม้กระทั่งอยู่ในวาระสุดท้าย</p> <p>- ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่ไม่เจ็บปวด ไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย</p> <p>- ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากการกลัวความตาย มีความสามารถในการเผชิญความตายในระดับมาก</p> <p>- ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางคนที่รัก</p> | <p>6. ตัวชี้วัดด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1) ผู้ป่วยยอมรับ พร้อมทั้งจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง และพุดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล</p> <p>2) ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับ ครอบครัว หรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกกล่าวคนอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิต จากการช่วยเหลือติดตามญาติ หรือการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลหลัก</p> <p>3) ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เช่น ตาปิดสนิททั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการชักเกร็ง เป็นต้น</p> <p>4) ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก</p> <p>5) ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ร่างกายผู้ป่วย (ศพ) สะอาด เสมือนยังมีชีวิตอยู่</p> <p>6) ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น เอกสาร เสื้อผ้าผู้ป่วย สถานที่</p> |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด | วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย |
|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในที่ที่ปรารถนา เช่น บ้าน หรือโรงพยาบาลที่มีบรรยากาศเหมือนบ้าน - ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วยและยินดีให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่เศร้าโศกเสียใจมากและอยู่ในภาวะสงบ - ผู้ป่วยมีหน้าตาที่สงบ ไม่แสดงออกถึงความทรมานทางสีหน้า ไม่มีตาเปิด ไม่มีอาการเกร็ง ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) - ผู้ป่วยยอมรับการตาย พร้อมที่จะตาย พูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล | <p>บำเพ็ญกุศลหรือสถานที่ฝังศพ เป็นต้น</p> <p>7) ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ โดยปราศจากความทุกข์ จากการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลัง ผู้ป่วยเสียชีวิต</p> |
| <p>9. ด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัว หลังผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>9.1 ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วยและยินดีให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ</p> <p>9.2 ครอบครัวได้รับการดูแลทันทีหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>9.3 ครอบครัวมีภาวะโศกเศร้าลดลงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 1 สัปดาห์</p> <p>9.4 สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต</p> | <p>** เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่วัดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล จนกลับบ้านหรือเสียชีวิต จึงไม่เน้นเรื่องการตามครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การประเมินครอบครัวจึงรวมไว้ในตัวชี้วัดด้านอื่น**</p> | |

จากตารางตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้จากการบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดมี 9 ด้าน คือ 1) ด้านการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย 2) ด้านการบรรเทาอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย 3) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของครอบครัว 5) ด้านความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว 6) ด้านการได้รับข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว 7) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 8) ด้านการตายดี และ 9) ด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ 6 ด้าน คือ 1) ตัวชี้วัดด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย 2) ตัวชี้วัดด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย 3) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 4) ตัวชี้วัดด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ตัวชี้วัดด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และ 6) ตัวชี้วัดด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

1) จากผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดจากกรอบแนวคิด ซึ่งในการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง และเพิ่มเติมในรายละเอียดย่อยต่างๆ และในตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวควบคู่กันไป เนื่องจากการวัดผลไม่ต่างกัน

2) จากผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ที่มีการเพิ่มเติมจากกรอบแนวคิด ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ควรให้ความสำคัญที่ความสบายด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต และในด้านของครอบครัวควรประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา ความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหากผู้ป่วยต้องกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ดังกล่าว ได้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 6 ด้าน และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลย่อยจำนวน 39 ข้อ นำไปสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 ดังนี้ (ภาคผนวก ง)

1. ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพการเจ็บปวดของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 5 ข้อ
2. ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 8 ข้อ
3. ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยจำนวน 6 ข้อ
4. ตัวชี้วัดด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 5 ข้อ
5. ตัวชี้วัดด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 8 ข้อ
6. ตัวชี้วัดด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าแต่ละตัวชี้วัดมีตัวชี้วัดย่อยที่สำคัญในระดับใด และในแต่ละข้อมีข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ

2.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามรอบที่ 2 มีวิธีการสร้างแบบสอบถามดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำมาจัดหมวดหมู่ข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันเข้าด้วยกัน และจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน ซึ่งได้ตัวชี้วัดทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นรายการตัวชี้วัดย่อย 39 ข้อ ประกอบด้วย 1) ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ 2) ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 3) ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 6 ข้อ 4) ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 5) ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ 6) ตัวชี้วัด

คุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

2.1.2 การสร้างแบบสอบถาม เรื่องตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดข้อความเป็นตัวชี้วัดย่อย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์แต่ละข้อมีความสำคัญอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด แบบสอบถามเรียงลำดับข้อความตาม ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้ง 6 ด้าน พร้อมกับรายการตัวชี้วัดย่อยของแต่ละด้านรวม 39 ข้อ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 1. | ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย | | | | | | |
| 1.1 | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ หลังจากการได้รับยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น | | | | | | |
| 1.2 | ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6.7 | ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ โดยปราศจากความทุกข์ | | | | | | |

เกณฑ์การพิจารณาระดับความสำคัญของตัวชี้วัดในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ดังนี้
 คะแนน 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล
 แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**มีความสำคัญมากที่สุด**

คะแนน 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล
 แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**มีความสำคัญมาก**

คะแนน 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล
 แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**มีความสำคัญปานกลาง**

คะแนน 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล
 แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**มีความสำคัญน้อย**

คะแนน 1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล
 แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**มีความสำคัญน้อยที่สุด**

2.1.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของ
 เนื้อหา ความถูกต้องของข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ และความหมายของ
 ข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์

2.1.4 ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการ
 พยาบาลด้านผลลัพธ์มีความชัดเจน และนำไปเก็บข้อมูลรอบที่ 2 (ภาคผนวก ง)

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน จัดเตรียมเอกสารส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม
 จำนวน 21 คน โทรศัพท์และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) แจ้ง พร้อมแบบสอบถามชุดที่
 2 โดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 3 คน และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)
 จำนวน 18 คน

2.2.2 เมื่อครบกำหนดเวลา ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายติดต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอรับ
 แบบสอบถามคืน ซึ่งผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 18 ฉบับ และไม่ได้รับคืน 3 ฉบับ เนื่องจาก
 ผู้เชี่ยวชาญไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม 2 คน และอยู่ต่างประเทศ 1 คน จึงขอยกจาก
 งานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในรอบนี้ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง 2 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามกลับ
 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 16 ฉบับ แบบสอบถามที่ได้รับคืนในรอบนี้รวม 18 ฉบับ

2.2.3 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ 10 ตุลาคม 2560 ถึง 24 ตุลาคม
 2560 รวมทั้งสิ้น 14 วัน

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่า
 พิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 ดังนี้

2.3.1 ค่ามัธยฐาน (Median)

การแปลความหมายค่ามัธยฐานที่ใช้ มีดังนี้

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ในข้อดังกล่าวมี ความสำคัญมากที่สุด |
| ค่ามัธยฐาน 3.50-4.49 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ในข้อดังกล่าวมี ความสำคัญมาก |
| ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ในข้อดังกล่าวมี ความสำคัญปานกลาง |
| ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ในข้อดังกล่าวมี ความสำคัญน้อย |
| ค่ามัธยฐาน ต่ำกว่า 1.50 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ในข้อดังกล่าวมี ความสำคัญน้อยที่สุด |

2.3.2 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีดังนี้

| | | |
|------------------------------------|---------|--|
| ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.00 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ข้อนั้นสอดคล้องกัน |
| ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ > 1.00 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ข้อนั้นไม่สอดคล้องกัน |

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รอบที่ 2

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 2 | | ระดับความสำคัญ |
|--|---|----------|------|----------------|
| | | Md | IR | |
| 1. ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย | | | | |
| 1.1 | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ หลังจากการใช้ยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 1.2 | ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain score = 0-10) ภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ | 4.70 | 0.30 | มากที่สุด |
| 1.3 | ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน, ความรู้สึกตัวลดลงน้อยกว่า 2 คะแนน (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15), ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท, หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ เป็นต้น | 4.59 | 0.79 | มากที่สุด |
| 1.4 | ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล หรือการช่วยเหลือในการทำสมาธิ | 4.59 | 0.96 | มากที่สุด |
| 1.5 | สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง | 4.59 | 0.92 | มากที่สุด |
| 2. ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย | | | | |
| 2.1 | ไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) | 4.25 | 1.96 | มาก |
| 2.2 | ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomit) | 4.55 | 0.80 | มากที่สุด |
| 2.3 | รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากการประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน | 3.50 | 1.80 | มาก |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบระดับประครองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 2 | | ระดับ ความ สำคัญ |
|---|--|----------|------|------------------------|
| | | Md | IR | |
| 2.4 | ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการประกอบด้วย ระดับออกซิเจนในเลือด (O ₂ Saturation) มากกว่า 92%, อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที | 4.65 | 0.83 | มากที่สุด |
| 2.5 | ระดับคะแนน จากการประเมิน อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) น้อยกว่า 4 คะแนน จากอาการทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด, อาการอ่อนเพลีย, อาการคลื่นไส้, อาการซึมเศร้า, อาการวิตกกังวล, อาการร่งวงซึม, อาการเบื่ออาหาร, ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ | 4.65 | 0.50 | มากที่สุด |
| 2.6 | ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการดูแลและทำความสะอาดช่องปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง | 4.55 | 1.14 | มากที่สุด |
| 2.7 | ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง จากภาวะท้องมานหรือน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลังได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย | 4.59 | 1.39 | มากที่สุด |
| 2.8 | ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน จากการดูแลให้ได้รับยาระบาย และการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย | 4.55 | 0.85 | มากที่สุด |
| 3. ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | | | | |
| 3.1 | ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) จากการได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction) | 4.50 | 1.75 | มากที่สุด |
| 3.2 | ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) จากการได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการท่ายาภาพบำบัด | 4.59 | 1.79 | มากที่สุด |
| 3.3 | ไม่มีอาการสับสน (Confusion) หรือการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่เสียไป (Disorientation) จากการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย | 3.83 | 2.35 | มาก |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 2 | | ระดับ |
|-----------|---|----------|------|---------------|
| | | Md | IR | ความ สำคัญ |
| 3.4 | ไม่มีภาวะซีด (Anemia) และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มากกว่า 30% จากการได้รับยาบำรุงเลือด, เลือดและสารประกอบของเลือด (Blood transfusion) และ โภชนาการที่เหมาะสม | 3.30 | 2.30 | น้อย |
| 3.5 | ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เช่น มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae), เลือดออกตามไรฟัน, อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) เป็นต้น จากการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม (Fall) | 3.50 | 1.92 | มาก |
| 3.6 | ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) เช่น คลื่นไส้อาเจียน, ซึม, ใจสั่น, หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia), ชักเกร็ง กระตุก (Seizure) เป็นต้น จากการควบคุมสารน้ำในร่างกาย (Intake - Output) | 3.36 | 1.92 | น้อย |
| 4. | ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิต สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว | | | |
| 4.1 | ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกลไกการดำเนินของโรค และสภาพ อาการต่างๆที่เกิดขึ้น | 4.70 | 0.30 | มาก ที่สุด |
| 4.2 | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือ พฤติกรรมแยกตัวลดลง | 4.59 | 0.79 | มาก ที่สุด |
| 4.3 | ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง เช่น อาการและการรักษา, ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น | 4.75 | 0.81 | มาก ที่สุด |
| 4.4 | ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตใจสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวนกระวาย ไม่ มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนา ตาม ความเชื่อของตน เช่น การทำบุญ ถวายสังฆทาน, การละหมาด หรือการอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น | 4.59 | 0.92 | มาก ที่สุด |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 2 | | ระดับ ความ สำคัญ |
|---|---|----------|------|------------------------|
| | | Md | IR | |
| 4.5 | ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้าย | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 5. ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและ | | | | |
| 5.1 | ครอบครัว ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย | 4.74 | 0.27 | มากที่สุด |
| 5.2 | ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) จากการประชุมครอบครัว (Family conference) เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy), การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการผ่าตัด (Operation) | 4.70 | 0.30 | มากที่สุด |
| 5.3 | ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) และครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR), ปฏิเสธการเสียชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ยื้อชีวิต หรือต้องการกลับไปเสียชีวิตในบ้าน เป็นต้น | 4.65 | 0.40 | มากที่สุด |
| 5.4 | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองทุกครั้ง เมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการรักษา | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 5.5 | ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ได้ เช่น ผม่วรง รุปรางผอม มีสายให้อาหารทางสายยางที่จมุก (Nasogastric tube), มีถุงระบายอุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นต้น | 4.65 | 0.50 | มากที่สุด |
| 5.6 | ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน หลังได้รับการช่วยเหลือในการหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน (Home oxygen), อุปกรณ์ทำแผล (Dressing set) เป็นต้น | 4.65 | 0.40 | มากที่สุด |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 2 | | ระดับ ความ สำคัญ |
|---|--|----------|------|------------------------|
| | | Md | IR | |
| 5.7 | ครอบครัวของผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ, การดูแลแผลเจาะคอ, การดูแลเสมหะ เป็นต้น | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 5.8 | ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถาม เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ, การปรับยา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ เป็นต้น | 4.70 | 0.30 | มากที่สุด |
| 6. ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและ | | | | |
| 6.1 | ครอบครัว ผู้ป่วยยอมรับ พร้อมทั้งจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 6.2 | ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับ ครอบครัว หรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิต จากการช่วยเหลือติดตามญาติ หรือการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลหลัก | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 6.3 | ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เช่น ตาปิดสนิททั้ง 2 ข้าง, ไม่มีอาการชักเกร็ง เป็นต้น | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 6.4 | ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก | 4.59 | 0.71 | มากที่สุด |
| 6.5 | ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ร่างกายผู้ป่วย (ศพ) สะอาด เสมือนยังมีชีวิตอยู่ | 4.63 | 0.61 | มากที่สุด |
| 6.6 | ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น เอกสาร เสื้อผ้าผู้ป่วย สถานที่บำเพ็ญกุศลหรือสถานที่ฝังศพ เป็นต้น | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 6.7 | ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ โดยปราศจากความทุกข์ จากการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแบบสอบถามชุดที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้
ยืนยันคำตอบการให้ระดับความสำคัญของตัวชี้วัดแต่ละข้อ โดยมีการเพิ่มตำแหน่งการตอบของ
ผู้เชี่ยวชาญ และการตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ไปในรอบที่ 2 สำหรับนำมาใช้ประกอบการพิจารณา
เปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการสร้าง
แบบสอบถาม ดังนี้

3.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามรอบที่ 3 มีวิธีการสร้างแบบสอบถาม
ดังนี้

3.1.1 นำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาหาค่ามัธยฐาน
(Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อความแต่ละข้อ

3.1.2 สรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่ 2 วิเคราะห์
ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถามตาม
ข้อเสนอแนะ

3.1.3 สร้างแบบสอบถามจากข้อความเดิม แต่มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ
ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 โดยแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)
5 ระดับ เหมือนแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มเติมตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
และตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 รวมข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์
ในแบบสอบถามรอบที่ 3 มีทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย 37 ข้อ และมีการปรับข้อความ
ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางปรับแก้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล | ตัวชี้วัดเดิม | ตัวชี้วัดที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ |
|--|---|---|
| ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | | |
| 1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ 3 ข้อ | <p>1.1 อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ <u>หลังจากการใช้ยา</u> เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น</p> <p>1.2 ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain score = 0-10) <u>ภายใน 24-72 ชั่วโมง</u> ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ</p> <p>1.4 ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ภายหลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล หรือการช่วยเหลือในการทำสมาธิ</p> | <p>1.1 อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ <u>หลังจากการได้รับยา</u> เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น</p> <p>1.2 ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain score = 0-10) <u>ภายใน 1 ชั่วโมง</u> ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ</p> <p>1.4 ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ภายหลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล การช่วยเหลือในการทำสมาธิ <u>หรือการนวดประคบ</u></p> |
| 2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกาย | 2.1 ไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) | 2.1 อาการอ่อนเพลียลดลง หรือไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย | ตัวชี้วัดเดิม | ตัวชี้วัดที่ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| ต่างๆของผู้ป่วย ปรับข้อความตาม ข้อเสนอแนะ 6 ข้อ | <p>2.2 ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit)</p> <p>2.3 รับประทานอาหารได้ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากการประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน</p> <p>2.4 ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ Saturation) มากกว่า 92%, อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที</p> <p>2.6 ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการดูแล</p> | <p>2.2 อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit)</p> <p>2.3 รับประทานอาหารได้ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย <u>หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ โดยการประเมินอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน</u></p> <p>2.4 ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ภายใน <u>24 ชั่วโมง</u> หลังได้รับการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) มากกว่า 90%, อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที</p> <p>2.6 ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการ</p> |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย | ตัวชี้วัดเดิม | ตัวชี้วัดที่ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ |
|---|--|--|
| | <p>และทำความสะอาดช่องปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง</p> <p>2.7 ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลังได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย</p> | <p>ดูแลและทำความสะอาดช่องปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง <u>และได้รับยาชากลั้วปาก เช่น Xylocain viscus</u></p> <p>2.7 ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือแน่นท้องลดลง จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) <u>หลังได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย หรือการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (Abdominal tapping)</u></p> |
| <p>3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตัดตัวชี้วัดย่อยออก 2 ข้อ และปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ 2 ข้อ</p> | <p>3.1 ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) จากการได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction)</p> <p>3.2 ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) จากการได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด</p> | <p>3.1 ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) <u>หลังจากได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction)</u></p> <p>3.2 ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) <u>หลังได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด</u></p> |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย | ตัวชี้วัดเดิม | ตัวชี้วัดที่ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ |
|--|--|--|
| | 3.3 ไม่มีอาการสับสน (Confusion) หรือการรับรู้ เกี่ยวกับบุคคล เวลา และ สถานที่เสียไป (Disorientation) จากการให้ ข้อมูลและดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด ร่วมกับการจัด สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย (Md = 3.83, IR = 2.35) | 3.3 ตัดออก เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า เป็นอาการปกติที่จะเกิดใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย |
| | 3.4 ไม่มีภาวะซีด (Anemia) และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มากกว่า 30% จากการได้รับยาบำรุงเลือด, เลือดและสารประกอบของ เลือด (Blood transfusion) และโภชนาการที่เหมาะสม (Md = 3.30, IR = 2.30) | 3.4 ตัดออก เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ภาวะที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปไม่ เฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย |
| 4. ตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการ ได้รับการตอบสนองความ ต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย และครอบครัว | 4.4 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตใจสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการ ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนา ตามความเชื่อของตน เช่น การ ทำบุญ ถวายสังฆทาน, การ ละหมาด หรือการอ่านพระ คัมภีร์ เป็นต้น | 4.4 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวน กระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น <u>หลังจากการได้รับการดูแลตาม ศาสนา และความเชื่อของตน</u> เช่น การทำบุญ ถวาย สังฆทาน, การละหมาด หรือ การอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น |

| ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย | ตัวชี้วัดเดิม | ตัวชี้วัดที่ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ |
|---|--|--|
| 5. ตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการ เผชิญปัญหาและการปรับตัว ของผู้ป่วยและครอบครัว | 5.2 ผู้ป่วยและครอบครัว มี แผนการดูแลรักษาตนเอง ล่วงหน้า (Advance care plan) จากการประชุม ครอบครัว (Family conference) เช่น การใช้ยา เคมีบำบัด (Chemotherapy), การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการผ่าตัด (Operation) | 5.2 ผู้ป่วยและครอบครัว มี แผนการดูแลรักษาตนเอง ล่วงหน้า (Advance care plan) หรือมีการประชุม ครอบครัว (Family conference) เช่น <u>ขอไม่</u> <u>รักษา</u> โดยการใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy), การใช้ รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการผ่าตัด (Operation) |

3.1.4 การวิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบและตำแหน่งการตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 แสดงไว้ด้วยเครื่องหมายดังคำชี้แจง ต่อไปนี้

ค่าชี้แจง ค่ามัธยฐาน (Median: Md) ใช้สัญลักษณ์ Δ
 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow
 ตำแหน่งค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ \bullet

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|-----------------------|-----------|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1. | ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของ ผู้ป่วย | | | | | | | | |
| 1.1 | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้ง จากพยาธิสภาพของโรคและการทำ หัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการ กับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความ รุนแรง และความถี่ หลังจากการ ได้รับยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วย เสียงเพลง เป็นต้น เหตุผล:..... | Δ | \longleftrightarrow | \bullet | | | 4.75 | 0.25 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 จาก การใช้ยา เป็นการ ได้รับยา |

โดยค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อนั้น หมายความว่า ความ
 คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ
 แต่ถ้าค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความเห็นของ
 ผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลประกอบใน
 ข้อนี้ๆ

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ผู้วิจัยทำการดำเนินตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.2.1 ผู้วิจัยส่งเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 18 คน โทรศัพท์ และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) แจก พร้อมแบบสอบถามชุดที่ 3 โดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 2 คน ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 16 คน และแจ้งกำหนดการวันขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์

3.2.2 เมื่อครบกำหนดเวลาโทรศัพท์นัดหมายติดต่อเพื่อรับแบบสอบถามคืน จำนวน 18 คน รับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง 2 คน และได้รับแบบสอบถามกลับทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 16 คน

3.2.3 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่ 10 พฤศจิกายน 2560 ถึง 16 พฤศจิกายน 2560 รวมทั้งสิ้น 6 วัน แบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมดในรอบนี้รวม 18 ฉบับ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้ออีกครั้ง เพื่อสรุปผลการวิจัย โดยพิจารณาผลการคำนวณในแต่ละข้อที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 พิจารณาความสอดคล้องของข้อความโดยใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 และคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Limestone and Turoff, 1975)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 แสดงถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ทุกข้อความมีค่าไม่เกิน 1.00 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 14.11 (ภาคผนวก จ) จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูลงานวิจัยในรอบที่ 3 และรายงานผลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 18 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากการจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิด ได้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 6 ด้าน และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลย่อย จำนวน 39 ข้อ ดังนี้

1. ตัวชี้วัดด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 5 ข้อ
2. ตัวชี้วัดด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 8 ข้อ
3. ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยจำนวน 6 ข้อ
4. ตัวชี้วัดด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 5 ข้อ
5. ตัวชี้วัดด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 8 ข้อ
6. ตัวชี้วัดด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย จำนวน 7 ข้อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

นำคำตอบที่ได้จากการตอบคำถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของข้อคำถามแต่ละข้อ หากค่ามัธยฐานมีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปและค่า

พิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.00 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน หลังการวิเคราะห์ ข้อมูลพบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน โดยมีการปรับ ข้อความ ดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยจำนวน 5 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อ และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ (Md = 4.59-4.75, IR = 0.25-0.96)

2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยจำนวน 8 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน 4 ข้อ, ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 4 ข้อ และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดจำนวน 2 ข้อ, ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด จำนวน 6 ข้อ (Md = 3.50-4.65, IR = 0.50-1.96)

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยจำนวน 6 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน 6 ข้อและผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับน้อย จำนวน 2 ข้อ, ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด จำนวน 2 ข้อ, ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด จำนวน 2 ข้อ (Md = 3.30-4.59, IR = 1.75-2.35)

4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยจำนวน 5 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อ และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ (Md = 4.59-4.75, IR = 0.30-0.92)

5. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วย และครอบครัว ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยจำนวน 8 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 8 ข้อ และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ (Md = 4.65-4.74, IR = 0.27-0.50)

6. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วย และครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยจำนวน 7 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 7 ข้อ และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ (Md = 4.59-4.68, IR = 0.32-0.71)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

นำแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่ประกอบด้วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มาวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายในรอบที่ 2 ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทุกข้อและให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด และพบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงร้อยละ 14.18 ผู้วิจัยจึงนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 มาสรุปเป็นผลการวิจัย

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ 6 ด้าน รายการตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย 37 ข้อ เรียงลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ และข้อความตัวชี้วัดย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย คือ ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปผลการวิจัย โดยการแสดงสรุปผลการวิจัยจากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 เป็นรายด้าน เรียงลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์แต่ละด้าน และข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รอบที่ 3 ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยมีคำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์อยู่ท้ายภาคผนวก จ

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 3 | | ระดับ |
|-----|--|----------|------|-----------|
| | | Md | IR | ความสำคัญ |
| 1. | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2. | ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง ภายใน 1 ชั่วโมง | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3. | ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ มีความสุขสบาย | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 4. | สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสถานะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 5. | ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด | 4.71 | 0.28 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 6 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัดย่อย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยอยู่ในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.71-4.75)

2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รอบที่ 3 ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย โดยมีคำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์อยู่ท้าย ภาคผนวก จ

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 3 | | ระดับ |
|-----|---|----------|------|-----------|
| | | Md | IR | ความสำคัญ |
| 1 | ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2 | อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomit) | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3 | ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 4 | ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือแน่นท้องลดลง จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) | 4.72 | 0.27 | มากที่สุด |
| 5 | ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) | 4.65 | 0.45 | มากที่สุด |
| 6 | อาการอ่อนเพลียลดลง หรือไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) | 4.63 | 0.31 | มากที่สุด |
| 7 | รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ | 4.62 | 0.32 | มากที่สุด |
| 8 | ระดับคะแนน จากการประเมิน อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton symptom assessment system: ESAS) น้อยกว่า 4 คะแนน จากอาการทั้งหมด 9 อาการ | 4.62 | 0.32 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 7 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัดย่อย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยอยู่ในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.62-4.75)

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รอบที่ 3 ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยมีคำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์อยู่ที่ ภาคผนวก จ

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 3 | | ระดับความสำคัญ |
|-----|--|----------|------|----------------|
| | | Md | IR | |
| 1 | ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังจากได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction) | 4.62 | 0.56 | มากที่สุด |
| 2 | ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) หลังได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทํากายภาพบำบัด | 4.62 | 0.61 | มากที่สุด |
| 3 | ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) | 4.14 | 0.60 | มาก |
| 4 | ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) | 4.10 | 0.60 | มาก |

จากตารางที่ 8 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย 4 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยอยู่ในระดับความสำคัญมากถึงมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.12-4.62)

4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รอบที่ 3 ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีคำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์อยู่ที่ท้าย ภาคผนวก จ

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 3 | | ระดับความสำคัญ |
|-----|--|----------|------|----------------|
| | | Md | IR | |
| 1. | ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2. | ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินของโรค และสภาพอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3. | ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้าย | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 4. | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือพฤติกรรมแยกตัวลดลง | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 5. | ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 9 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย 5 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.75)

5. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รอบที่ 3 ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีคำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์อยู่ที่ภาคผนวก จ

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 3 | | ระดับความสำคัญ |
|-----|---|----------|------|----------------|
| | | Md | IR | |
| 1. | ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2. | ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) หรือมีการประชุมครอบครัว (Family conference) | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3. | ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพลักษณะได้ | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 4. | ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 5. | ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 6. | ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) และครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย | 4.74 | 0.27 | มากที่สุด |
| 7. | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองทุกครั้ง เมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการรักษา | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 8. | ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถามเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 10 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย 8 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยอยู่ในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.74-4.75)

6. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รอบที่ 3 ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีคำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์อยู่ท้าย ภาคผนวก จ

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | รอบที่ 3 | | ระดับความสำคัญ |
|-----|--|----------|------|----------------|
| | | Md | IR | |
| 1 | ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2 | ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3 | ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 4 | ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 5 | ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 6 | ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวหรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิต | 4.74 | 0.27 | มากที่สุด |
| 7 | ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 11 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย 7 ข้อ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยอยู่ในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.72-4.75)

สรุปข้อความที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกันระหว่างการสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรม และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 2 มีตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์จำนวน 6 ด้าน ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย 39 ข้อ และในแบบสอบถามรอบที่ 3 ได้มีการแก้ไขปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ซึ่งในรอบนี้มีตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ 6 ด้านเท่าเดิม และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย 37 ข้อ เมื่อนำมาเรียงลำดับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ และมีข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยในระดับมากถึงมากที่สุด ($Md = 4.10-4.75$)

สรุป ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ
2. ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ
3. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 4 ข้อ
4. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ
5. ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ
6. ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมีการดำเนินการวิจัยจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นำมาบูรณาการ เพื่อกำหนดกรอบในการวิจัย มีการเก็บข้อมูลโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และ/หรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 18 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์ จำนวน 4 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ จำนวน 4 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จำนวน 4 คน และ 5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและข้อคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ชุดที่ 2 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในแต่ละด้าน ชุดที่ 3 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2 ของคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทราบคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันและเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ มีดังนี้ ระยะเวลารวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 ตั้งแต่ 30 ตุลาคม 2559 ถึง 10 มกราคม 2560 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 ตั้งแต่ 10 ตุลาคม 2560 ถึง 24 ตุลาคม 2560 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ตั้งแต่ 10 พฤศจิกายน 2560 ถึง 16 พฤศจิกายน 2560 รวมทั้งสิ้น 381 วัน

สรุปผลงานวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เรียงลำดับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์แต่ละด้าน และเรียงลำดับข้อความตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว และรายการตัวชี้วัดการพยาบาลด้านผลลัพธ์ย่อย 37 ข้อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าคะแนนสูงสุดทั้งหมด (Md = 4.71-4.75, IR = 0.25-0.28)
2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ โดยมีค่าคะแนนสูงสุดทั้งหมด (Md = 4.62-4.75, IR = 0.25-0.45)
3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก 2 ข้อ และมากที่สุด 2 ข้อ (Md = 4.12-4.62, IR = 0.56-0.64)
4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าคะแนนสูงสุดทั้งหมด (Md = 4.75, IR = 0.25)

5. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วย และครอบครัวผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ โดยมีค่าคะแนนสูงสุดทั้งหมด (Md = 4.75, IR = 0.25)
6. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วย และครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 7 ข้อ โดยมีค่าคะแนนสูงสุดทั้งหมด (Md = 4.72-4.75, IR = 0.25-0.28)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย
2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย
3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว
5. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว
6. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว

1. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ได้แก่

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554; กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557; WHO, 2012) ที่ให้ความสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ประเมินติดตามอาการปวดทั้งความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่งที่มีความเจ็บปวด และระดับความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย สามารถหลับพักผ่อนได้ โดยการใช้ทั้งวิธีการให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการบรรเทาอาการด้วยวิธีต่างๆ เช่น การนวด การกดจุด การฝังเข็ม หรือการ

ประคบ เป็นต้น และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีความทุกข์ทรมานในหลายๆด้าน เช่น ปวดจากพยาธิสภาพของโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ปวดจากการทำหัตถการต่างๆ รวมถึงผลจากความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลทำให้ความทุกข์ทรมานมากเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากลักษณะทางกาย เช่น สีหน้าไม่สุขสบาย นอนด้น หายใจเร็วถี่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น ปฏิกริยาทางอารมณ์ เช่น โกรธ ไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น (กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วันธนีย์ วิรุฬห์พานิช และสุรีพร กฤษเจริญ, 2551) ซึ่งการประเมินความปวดสามารถวัดได้โดยมาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข (Numeric rating scale) โดยแบ่งระดับความปวดเป็น 3 ระดับ คือ ปวดเล็กน้อย (Mild pain = 0-3 คะแนน), ปวดปานกลาง (Moderate pain = 4-6 คะแนน) และปวดรุนแรง (Severe pain = 7-10 คะแนน) (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Seow, et. al (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อันดับแรกคือ การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mello, et al. (2016) ศึกษาเรื่อง การใช้ Nursing Outcomes Classification (NOC) ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งกับอาการปวดแบบเฉียบพลันหรือการปวดแบบเรื้อรังในการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้กับการประเมินความปวดของผู้ป่วยมะเร็งในการดูแลแบบประคับประคองได้คือ 1) การรายงานความเจ็บปวดและความยาวนานของการปวดในผลลัพธ์ระดับความเจ็บปวด (Pain level outcomes) 2) สัมพันธภาพทางสังคมในผลลัพธ์ความผาสุกของบุคคล (Personal well-being outcomes) 3) อัตราการหายใจในผลลัพธ์ด้านสัญญาณชีพ (Vital sign outcomes) 4) ปัจจัยด้านการควบคุมความเจ็บปวด (Pain control outcomes) ดังนั้น การดูแลความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถวัดได้ ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ที่สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

2. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ได้แก่

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ อภิปรายได้ว่า อาการรบกวนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ซึ่งอาการรบกวนที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบได้บ่อย และมีผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และอาการ

เหนื่อยหอบ ซึ่งอาการรบกวนเหล่านี้จะมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและตำแหน่งของตัวโรค แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการหลายๆ อย่างร่วมกัน (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ได้แก่

2.1 ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ อภิปรายได้ว่า อาการเหนื่อย หายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่บริเวณปอดหรือมีการกระจายของก้อนมะเร็งจากบริเวณอื่นมายังปอด มีการติดเชื้อรุนแรงปอด มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีภาวะน้ำเกิน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ ส่งผลต่อความสามารถในการขยายตัวของปอดเมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าออกลดลง ทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550) ซึ่งสามารถประเมินอาการได้จากลักษณะการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ฟังเสียงปอดมีเสียงการตีบแคบของถุงลมปอด (Wheezing) เสียงการหายใจผิดปกติ มีเสมหะมากขึ้น การประเมินสัญญาณชีพ เช่น อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด น้อยกว่า 90% (กิติพล นาควิโรจน์, 2015) ซึ่งอาการเหล่านี้จะมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและตำแหน่งของตัวโรค พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลและทำนายปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพยาบาลต้องประเมินอาการต่างๆ และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและช่วยเหลือบรรเทาอาการ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีอาการหลายๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิมพ์พินิต ภาศรี (2557) ศึกษาเรื่อง ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายทางร่างกายที่มีระดับรุนแรงมาก 3 อันดับแรกคือ 1) อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย 2) อาการปวด และ 3) อาการง่วงซึม ซึ่งอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากจะส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรการนอน และยังส่งผลให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ดังนั้น การบรรเทาอาการรบกวนทางกาย ในเรื่องของการไม่มีอาการเหนื่อยหรือภาวะหายใจลำบาก จึงเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถวัดได้ สอดคล้องกับ สำนักการพยาบาล (2551) กำหนดให้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน และการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายเป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของสถานพยาบาลในทุกระดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seow, et al. (2009) ศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลของการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม ในเรื่องของอาการรบกวนคือ ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยเหนื่อยดีขึ้นจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย ในเรื่อง ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลง ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่า สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

2.2 อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomit) จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลย่อยดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปที่สมอง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกสูงขึ้น, ภาวะทางเดินอาหารไม่ทำงาน เช่น ลำไส้อุดตัน ท้องอืด ท้องผูกจากการได้รับยาแก้ปวด, และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวดส่งผลให้ผู้ป่วยเวียนศีรษะคลื่นไส้ อาเจียน (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุริย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานันต์ , และจารุวรรณ มานะสุรการ (2556) ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ การศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งตับ ได้แก่ ปวดแน่นท้อง ท้องผูก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ค้นตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการแล้วมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 2 ข้อ คือ ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) และ ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังจากได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction) อภิปรายได้ว่า ภาวะปอดอักเสบ เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ และในยารักษาโรคมะเร็งบางชนิดทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2547) และการเกิดแผลกดทับเป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสื่อมจากพยาธิสภาพของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย ผิวหนังจะมีความอ่อนแอร่วมกับการที่ ได้รับโภชนาการที่ไม่เพียงพอ ร่วมกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะส่วนที่สัมผัสที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก เข่า และข้อศอก เป็นต้น (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557) พยาบาลต้องดูแลโดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพของผู้ป่วย การใช้ที่นอนลม หรือ การนวดบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นการไหลเวียน

เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Raijmakers et al. (2012) ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในวันสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เน้นการใช้แผนการดูแลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการควบคุมการติดเชื้อ เช่น การเกิดปอดอักเสบ การติดเชื้อในช่องปาก การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยไม่ต้องรอความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก 2 ข้อ คือ ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) และ ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) อภิปรายได้ว่า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความสามารถในการของอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง ร่วมกับการติดเชื้อในร่างกายส่งผลให้การทำงานของไขกระดูกในการผลิตเม็ดเลือดผิดปกติ ในภาวะที่ผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย พยาบาลต้องประเมินอาการต่างๆ ของภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae), เลือดออกตามไรฟัน หรืออาเจียนเป็นเลือด และต้องติดตามประเมินค่าเกร็ดเลือด (Platelets) ค่าปกติคือ 150,000 – 450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หากผู้ป่วยมีภาวะเลือดเกร็ดเลือดต่ำหรือมีเลือดออกผิดปกติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคและการส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายตามมา และจากอาการรบกวนของผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานอาหารได้น้อย การเจ็บปากเจ็บคอ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยสามารถเกิดอันตรายในภาวะนี้ได้ พยาบาลต้องประเมินติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจว่ามีการเต้นผิดจังหวะหรือไม่ ติดตามผลเลือดค่าเกลือแร่ในร่างกาย ซึ่งค่าปกติ ระดับโซเดียมในเลือด 135-145 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร, ระดับโพแทสเซียมในเลือด 3.5-4.5 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร, ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2-3 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร, ระดับแคลเซียมในเลือด 8-10.5 มิลลิอีควิวาเลนซ์ต่อลิตร รวมถึงการประเมินสารน้ำที่เข้าออกในร่างกายของผู้ป่วย โดยการดูปัสสาวะของผู้ป่วยควรออกอย่างน้อย 0.5 ซีซี/กิโลกรัม/ชั่วโมง ซึ่งเป็นการประเมินถึงผลลัพธ์การทำงานของระบบไตเบื้องต้น ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ (Md = 4.50-5.00, IR = 0.00-1.00) อภิปรายได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจาก เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554; กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557; WHO, 2012) ในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลส่วนใหญ่จะอยู่ที่เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิตภาศรี (2557) ศึกษาเรื่อง ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด ในด้านความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมากที่สุด ดังนั้น หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การบรรเทาความทุกข์ ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการเข้าใจถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลจากความกลัวความตาย และการหวั่นคนที่อยู่หลังจากที่ตนเองเสียชีวิต (ผาณิต หลีเจริญ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ปานผดุง, กิตติกรนิลมานัต และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ (2556) ศึกษาความพึงพอใจจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Miyashita, et al. (2008) เรื่องการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพที่มีความสำคัญมากคือ การได้รับการตอบสนองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้ในระยะสุดท้าย รวมถึงการหาแหล่งสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยไม่มีครอบครัวดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Claessen, et al. (2011) ศึกษาเรื่อง การสร้างตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในส่วนของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การจัดการความเจ็บปวดและอาการต่างๆ ของร่างกาย 2) ความพึงพอใจทางจิตสังคมของผู้ป่วย 3) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย และในส่วนของครอบครัว ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของครอบครัว และการดูแลญาติหลังความตายของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้

ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย อาการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ นอกจากนี้การตอบสนองสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จะช่วยสะท้อนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดกำลังใจ (จอนพะจอง เฟ็งจาด, 2557) การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นบทบาทอิสระที่มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

5. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ (Md = 4.50-5.00, IR = 0.00-1.00) อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ควรที่จะมีการทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสารร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมักไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว ผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดคือครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล ดังนั้นครอบครัวจึงต้องยอมรับเกี่ยวอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และให้การดูแล ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน (วารุณี มีเจริญ, 2557) ในอีกมุมหนึ่งคือ ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) ซึ่งเป็นการแสดงเจตนาโดยเจ้าของชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองจะได้รับการปฏิบัติตามที่ตนต้องการ ไม่ถูกยื้อชีวิตโดยไม่ปรารถนา ซึ่งพินัยกรรมชีวิตนี้ไม่จำเป็นต้องมีแบบฟอร์ม แต่ต้องสื่อถึงความปรารถนาที่ชัดเจน (พิกุล พรพิบูลย์, 2558) ซึ่งจาก มาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (2551) (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2551) บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไป แต่ผู้ขอความจำนงสามารถยกเลิกได้ทุกเมื่อ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีการวางแผนล่วงหน้า และให้เป็นที่ยอมรับตรงกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Seow, et al. (2009) ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า

ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากจะเน้นเกี่ยวกับอาการต่างๆ ยังเน้นเรื่อง การสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลและการตัดสินใจ การสื่อสารเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัด ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

6. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 8 ข้อ (Md = 4.50-5.00, IR = 0.00-1.00) อภิปรายได้ว่า การเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554; กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557; WHO, 2015) ที่ให้ความสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ปราศจากความทุกข์ทรมาน ผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสุข ท่ามกลางบุคคลที่รักและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงครอบครัวสามารถเผชิญภาวะใกล้ตายและความโศกเศร้าจากการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2558) ศึกษาเรื่อง การตายดีตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยรับรู้ว่าการตายดีคือการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย ทางใจ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น ได้มีการสั่งเสียและบอกความต้องการของตนเอง ไม่มีสิ่งติดค้างคาใจ ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวและบุคคลที่รักในวาระสุดท้าย และผู้ป่วยได้เสียชีวิตในที่ที่ต้องการ เช่น บ้านหรือสถานที่ที่เปรียบเสมือนบ้าน พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของครอบครัวในการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยในระยะสุดท้ายก่อนผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ในการเตรียมความพร้อม และเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตต้องอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ความเคารพเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณป่วยยังไม่ได้จากไป ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า การเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ สามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลที่ได้เกี่ยวกับตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาตนเองในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. ผู้บริหารสามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพและประเมินผลการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. นำประเมินคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. [ออนไลน์].

แหล่งที่มา: http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/index_original.php

[10 กุมภาพันธ์ 2559].

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะ**

ท้าย. นนทบุรี: สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข.

กฤษฎา แสงวดี. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:

สามเจริญพาณิชย์.

กิตติกร นิลมานัต. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมือง

การพิมพ์.

กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วันธนีย์ วิรุฬห์พานิช และสุรีพร กฤษเจริญ. (2551).

**รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการ
ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กิติพล นาควิโรจน์. (2015). **Dyspnea in palliative care**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative14th>

[10 พฤศจิกายน 2560].

กรีธา ธรรมคัมภีร์. (2550). **มะเร็งปอด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

จอนณะจง เพ็งจาด. (2557). **บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง**. **วารสารวิทยาลัย**

พยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ. 30(1) (มกราคม-เมษายน): 100-109.

จินตนา อาจสันเทียะ. (2556). **การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนตามวิถีแบบพุทธ**.

วารสารการพยาบาลทหารบก. 14(2) (พฤษภาคม-สิงหาคม): 9-16.

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2551). **การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย**. ในทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ).

เทคนิควิธีวิเคราะห์นโยบาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิตา รักษ์พลเมือง และคณะ. (2535). **การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย**. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์

(บรรณาธิการ). **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง. (2557). **วัตถุประสงค์ของชมรม**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://palliativenursessociety.wordpress.com/> [20 มกราคม 2559].
- ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม. (2555). การวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย: การใช้มติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก. **วารสารวิชาการบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์**. 7(18) (มกราคม – เมษายน): 1-13.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550) ในประเสริฐและคณะ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานัต และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 6(1) (มกราคม-เมษายน): 48-59.
- นริชา อัครวีรากุล และคณะ. (2558). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)**. สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2551). **ผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะ. (2557). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care**. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ปฐมวดี สิงห์ตง และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. **รามาริบัติรามาสาร**. 18(3) (กันยายน-ธันวาคม); 404-417.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2556). การพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคอง. ในลักษมี ชาญเวชซ์ และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). **The dawn of palliative care in Thailand**. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ประคอง อินทรสมบัติ และสายพิน เกษมกิจวัฒนา (บรรณาธิการ). (2558). **คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาลและสมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- ปราณี อ่อนศรี. (2556). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 15(2) (พ.ค. - ส.ค.); 39-43.

- ปิ่นนิภา วนากมล. (2545). **คุณภาพบริการของโรงพยาบาลค่ายธนะรัชต์ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผดุงชัย ภูพัฒน์. (2551). **การพัฒนาตัวบ่งชี้และเกณฑ์ในการประเมิน**. ในประมวลสาระชุดวิชาการประเมินและการจัดการโครงการประเมินหน่วยที่ 4 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
- ผาณิต หลีเจริญ. (2557). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าวิชาชีพ**. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ. 17(34): 127-136.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2556). **นโยบายและแนวทางการปฏิบัติเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)”**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi68rT29s7MAhXFnpQKHf18Bb4QFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.med.cmu.ac.th%2Fhospital%2Fnis%2Fguideline_policy%2Fpalliative_care2.pdf&usg=AFQJCNFkN8MFdkmIci8IfRc2itSKwAcvEg&sig2=3KqHP3YgcmME-BRNush-YA&bvm=bv.121421273,d.c2E [30 เมษายน 2559].
- พวงทอง ไกรพิบูลย์.(2557). **มะเร็ง (Cancer)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://haamor.com/th/%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87/> [30 เมษายน 2559]
- พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม และอนงค์ ดิษฐสังข์. (2558). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน: ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข**. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 29(2) (พฤษภาคม-สิงหาคม): 98-109.
- พิกุล พรพิบูลย์. (2558). **แนวโน้มการพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. เอกสารการบรรยายในการประชุมวิชาการ Suandok Palliative Care Day ครั้งที่ 6 ณ ห้องประชุม เชียงแสน โรงแรมดวงตะวัน จ.เชียงใหม่.
- พิมพ์พนิต ภาคศรี. (2557). **ทรงสนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิสมัย สนวนรัมย์ดี. (2553). **คุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหอผู้ป่วยในที่มี**

- รูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่างกัน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี.
วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 12(1): (มกราคม – เมษายน): 41-48.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (2556). การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับ
 ผู้ป่วยระยะท้าย. **วารสารพยาบาลศาสตร์.** 31(3): 18-26.
- มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. (2555). โรงพยาบาลชลบุรี.
 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.cbh.moph.go.th [19 มกราคม 2559].
- มนต์ชัย เทียนทอง. (2552). **สถิติและวิธีการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ.** กรุงเทพฯ:
 บริษัท รวยบุญการพิมพ์ จำกัด.
- ยุวช ทินนะลักษณ์. (2557). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. **การประชุมวิชาการชมรม
 พยาบาลแบบประคับประคองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวันที่ 20-21
 ธันวาคม 2557.**
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2552). Living will: มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน
 แสง บุญเฉลิมวิภาสและไพศาลลิ้มสถิต. (บรรณาธิการ). **ก่อนวันผลัดใบ.** ปทุมธานี: ศูนย์
 กฎหมายสุขภาพและนิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เรมวอล นันศุกววัฒน์. (2555). ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสู่มาตรฐานและการแข่งขันในระดับสากล.
 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/nurse_day/file/
 2012_10_17/std_outcome.pdf](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/nurse_day/file/2012_10_17/std_outcome.pdf) [10 ตุลาคม 2560]
- ลดาร์ตัน สาภินันท์. (2556). **คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
 (Palliative care Outcomes Scale: POS).** เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. **วารสารคณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.** 23(3): 41-53.
- วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมรพันธุ์ ธานีรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2557). การพัฒนารูปแบบการ
 ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 25(1): 144-156.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต.
รามาริบัติพยาบาลสาร. 20(1): 10-19.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรีดา ดิยง และจันทจุฑา รอดพาล. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรัง**

แบบประคับประคองและระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็มแอนด์เอ็ม เลเซอร์ปรีนต์.

สถาพร ลีลาพันธ์ทกิจ. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.** กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาพร ลีลาพันธ์ทกิจ. (2551). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพระบบประสาท.** กรุงเทพฯ: ปียอนด์ อินเตอร์ไพรซ์.

สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2556). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. **บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดไทยวิชาการครั้งที่ 4.** (พฤษภาคม): 195-204.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน.** กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง.** นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2554). การดูแลและการเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา. ใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **ก่อนจะถึงวันสุดท้าย.** กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2547). **ปอดบวม ปอดอักเสบ (Pneumonia).** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร.(2556). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทพยาบาล.** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงศิลป์, ประไพ อริยะประยูร และแมนมมา จิระจรัส. (2555). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.** สมุทรปราการ: จำกัด สินทวิ พรินต์ติ้ง.

สุวีณา สุพร. (2552). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์ประจำบ้าน.** ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **จำนวนผู้ป่วย / สาเหตุการตาย.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

- <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html>[9 กุมภาพันธ์ 2559]
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2554). **ก่อนจะถึงวันสุดท้าย**. กรุงเทพฯ:
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556). **คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแล
แบบประคับประคอง (Palliative care Outcomes Scale: POS)**. เชียงใหม่: บริษัท
กลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2551). **หลักการมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ**. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: [www.cbo.moph.go.th/.../bamnan/หลักการมาตรา%2012%20ของ%20
พรบสุขภาพ60.pdf](http://www.cbo.moph.go.th/.../bamnan/หลักการมาตรา%2012%20ของ%20
พรบสุขภาพ60.pdf) [27 กุมภาพันธ์ 2561]
- อุดมวรรณ วันศรี และเยาวเรศ ประภาชานนท์. (2557). **เตรียมตัวอย่างไรให้ตายดี. วารสาร
พยาบาลทหารบก, 15(1) (มกราคม-เมษายน): 130-135.**
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2555). **บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. การประชุม
ฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง “วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง”(Best Practice for
Cancer care).

ภาษาอังกฤษ

- American Joint Committee of Cancer (AJCC). (2016). **Cancer staging references**.
[online]. แหล่งที่มา: <http://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx> [1 พฤษภาคม 2559].
- Cherry, B., and Jacob, S.R. (2011). **Contemporary nursing issue, trends and
management**. 5th ed. US: Mosby.
- Claessen, S. J., et al. (2011). A new set of quality indicators for palliative care:
Process and results of the development trajectory. **Journal of Pain and
Symptom Management**. 42(2): 169-181.
- Davis, C. P. (2016). **Cancer**. [online]. แหล่งที่มา:
https://www.medicinenet.com/cancer/article.htm#what_are_cancer_symptoms_and_signs [27 กุมภาพันธ์ 2561]
- De Roo, M. L., et al. (2013). Quality indicators for palliative care: Update of a

- systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management.** 46(4): 556-572.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Journal of Quality Improvement.** 18: 356-360.
- Dunlop, R. (1998). **Cancer: Palliative care.** London: Springer.
- Guido, G. W. (2009). **Nursing care at the end of life.** New Jersey: Pearson Education.
- Guo, Q., Jacelon, C. S., and Marquard, J. L. (2012). An evolutionary concept analysis of palliative care. **Journal of Palliative Care Med.** 2(7): 1-6.
- Mantas, J. (2002). **Textbook in health informatics: A nursing perspective.** Amsterdam: IOS Press.
- Mello, B. S., et al. (2016). Applicability of the nursing outcomes classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. **Applied Nursing Research.** 29: 12–18.
- Miyashita, M., et al. (2008). Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified delphi method in Japan. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine.** 25(1): 33-38
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., and Swanson, E. (2013). **Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes.** 5th ed. Philadelphia: Elsevier.
- Nakazawa, Y., et al. (2015). Population-based quality indicators for palliative care programs for cancer patients in Japan: A delphi study. **Journal of Pain and Symptom Management.** 1-8.
- National Cancer Institute. (2010). **Palliative care in cancer.** [online]. แหล่งที่มา: <http://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> [19 มกราคม 2559].
- National Consensus Project for Quality Palliative care. (2013). **Clinical practice guidelines for quality palliative care.** 3rd ed. US: One Penn Center West.

- National Quality Forum (NQF). (2006). **A National framework and preferred practices for palliative and hospice care quality.** Washington DC: National quality forum.
- Palliative Care Australian. (2005). **Standards for providing quality palliative care for all Australians.** Design Edge.
- Parasuraman, A., Berry, L., and Zeithaml, V. (1990). **Delivery quality service: Balancing customer perception and expectation.** New York: The Free Press.
- Pasman, H. R., et al. (2009). Quality indicators for palliative care: A systematic review. **Journal of Pain Symptom Management.**: 145-156e21.
- Pastrana, T., et al. (2010). Outcome indicators in palliative care how to assess quality and success: Focus group and nominal group technique in Germany. **Support Care Cancer.** 18: 859-868.
- Raijmakers, N., et al. (2012). Quality indicators for care of cancer patients in their last days of life: Literature update and experts' evaluation. **Journal of Palliative Medicine.** 15(3): 308-316.
- Roeline H., et al. (2009). Quality indicators for palliative care: A systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management.** 38(1) (July): 145-156.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., and Jemal, A. (2017). Cancer Statistics, 2017. **Cancer Journal for Clinicians.** 67(1): 7-30.
- Seow, H., et al. (2009). Developing quality indicators for cancer end of life care. **Cancer.** 1: 3820-3829.
- Seow, H., et al. (2009). A framework for assessing quality indicators for cancer care at the end of life. **Journal of Pain and Symptom Management.** 38(6) (December): 903-910.
- Sobin, L. H., et al. (2009). **TNM Classification of malignant tumours.** 7th ed. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Stedman's Medical Dictionary. (2002). Michigan: Houghton Mifflin Company.

World Health Organization. (2012). **WHO Definition of palliative care**. [online].

แหล่งที่มา: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [20 มกราคม 2559].

World Health Organization. (2015). **Cancer**. [online]. แหล่งที่มา:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [10 มีนาคม 2559].

World Health Organization. (2017). **Cancer**. [online]. แหล่งที่มา:

<http://www.who.int/cancer/en/> [20 พฤศจิกายน 2560].





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จำนวน 18 คน มีรายนามต่อไปนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไปมีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 4 คน

1.1 รศ. พญ.ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา

1.2 ผศ. พญ. ปัทมา โกมุทบุตร

1.3 นพ. ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถชยากร

1.4 รศ. พญ. บุษยามาส ชิวสกุลยง

2. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ วุฒิศึกษาาระดับปริญญาโทขึ้นไปมีผลงานทางวิชาการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 4 คน

2.1 รศ. ดร. จอนผะจง เพ็งจาด

2.2 ดร. ปานตา อภิรักษ์นภานนท์

2.3 ผศ. ดร. พิภูล พรพิบูลย์

2.4 ผศ. ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ

3. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) กลุ่มพยาบาล วุฒิศึกษาาระดับปริญญาโทขึ้นไปอยู่ในทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) ของโรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็งและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดของโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ปีจำนวน 3 คน

3.1 นางฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา

3.2 นางสาวทิพย์พร สงวนทรัพย์

3.3 นางสุปราณี ศรีหะโคตร์

4. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เป็นคณะกรรมการ ชมรมการดูแลแบบประคับประคอง หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและมีประสบการณ์การทำงานดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5 ปี ขึ้นไป จำนวน 4 คน

4.1 นางสาวลดารัตน์ สาภินันท์

4.2 นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์

4.3 นางอรพรรณ ไชยเพชร

4.4 นายชยุต ใหม่เขียว

5. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4 เดือนและมีประสบการณ์การทำงานดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5 ปี ขึ้นไป จำนวน 3 คน

5.1 นางพรวิรินทร์ นุตราววงศ์

5.2 นางปนัดดา สุวรรณ

5.3 พว. สุรีย์ ลีมงคล

1. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง

1.1 รศ. พญ.ยุวเรศมคค์์ ลิทธิชาญบัญชา

ตำแหน่งปัจจุบัน

1. หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2. ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

3. กรรมการบริหารศูนย์การดูแลรามธิบดีภิบาล

ประสบการณ์ในการทำงาน

17 ปี (ทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 7 ปี)

สถานที่ปฏิบัติงาน

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิการศึกษา

1. แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ คลินิก สาขาอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. วุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ

วิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

4. หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความเชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

5. หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความเชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

1. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1.2 ผศ. พญ. ปัทมา โกมุทบุตร

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 14 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2547 แพทยศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2. ปี พ.ศ. 2550 วุฒิบัตร สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา 3. ปี พ.ศ. 2552 Graduate certificate in Palliative care, Flinders university, Australia 4. ปี พ.ศ. 2554 Advance training in clinical research/research fellow in palliative care, University of California San Francisco, USA |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | การดูแลแบบประคับประคอง |

1.3 นพ. ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถขยายกร

| | |
|----------------------|---|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | 1. จิตแพทย์ และแพทย์ฝังเข็ม เพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะ สุดท้าย ประจำศูนย์ชีวาภิบาล (Palliative care center) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2. กรรมการบริหารศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 15 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | 1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2. โรงพยาบาลพญาไท 2 3. โรงพยาบาลมนารมย์ |
| วุฒิการศึกษา | 1. พ.ศ. 2546 ปริญญาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2. พ.ศ. 2549 วุฒิบัตร ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย |

3. พ.ศ. 2553 ประกาศนียบัตรการศึกษาหลังปริญญาเอก (Research fellowship) สาขาพันธุกรรมและสารเสพติด Department of psychiatry, school of medicine, Yale University, USA

4. พ.ศ. 2555 ประกาศนียบัตร การอบรมศิลปะบำบัด เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ป่วย โดยศูนย์ ศิลปะบำบัด Human center เรื่อง “Art and healing at the edge where life and death meet”

5. พ.ศ. 2558 อบรมหลักสูตร Become an EPEC trainer conference โดย Thai palliative care society, education in palliative care and end of life care (EPEC)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

1. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป
2. ฝังเข็มและรมยา
3. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ผลงาน

1. ปี พ.ศ. 2555 เป็นวิทยากรบรรยายเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ระยะท้ายของโรงพยาบาล “Computer based Palliative Care Consultation” ในงานประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ปี พ.ศ. 2556 เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย “Palliative Care” ในงานประชุมราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
3. ปี พ.ศ. 2556 เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย “Intra Hospital Palliative Care Networking” ในงานประชุมวิชาการนานาชาติ 10th Asia Pacific Hospice and Palliative Care Conference (APHC)
4. ปี พ.ศ. 2558 เขียนบทความเรื่อง “การดูแลจิตใจของผู้ป่วยวิกฤติ เรื้อรังระยะท้ายและของผู้ดูแลนั้นสำคัญมาก เพราะอะไร? และ “การดูแลแบบประคับประคอง หรือ

Palliative Care หรือ ซิวาภิบาล คืออะไร?” ในหนังสือ
คมชัด ลึก เรื่องมะเร็งระบบทางเดินอาหาร สาขาโรค
ระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหน่วย
ทางเดินอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. ปี พ.ศ. 2558 กรรมการวิจัยเรื่อง “การจัดการกับ
อาการแบบผสมผสานในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล” ในส่วนเครื่องมือ ไตรสิกขาบำบัด โดยมีประธาน
การวิจัย รศ.ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ คณบดี คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมทำกิจกรรมวิจัยกับ
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติ ณ วัดคำประมง จ.สกลนคร

1.4 รศ. พญ. บุษยามาส ชิวสกุลยง

ตำแหน่งปัจจุบัน

อาจารย์ประจำ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์ในการทำงาน

20 ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน

หน่วยมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่

วุฒิการศึกษา

1. แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ
วิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ แพทยสภา
3. วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ
วิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง แพทยสภา

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง
2. การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง

ผลงาน

1. ปี พ.ศ. 2545 เขียนบทความเรื่อง “แนวทางการรักษา
ภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็ง” ในหนังสือ
“โรคมะเร็ง และแนวทางการรักษา”
2. ปี พ.ศ. 2545 เขียนบทความเรื่อง “โภชนบำบัดกับ
โรคมะเร็ง” ตีพิมพ์ วารสารโภชนบำบัด

3. ปี พ.ศ. 2556 ตีพิมพ์หนังสือ “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care”
4. ปี พ.ศ. 2556 ทีมในการจัดทำแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก

2. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์

2.1 รศ. ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 33 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| วุฒิการศึกษา | <ol style="list-style-type: none"> 1. ปี พ.ศ. 2528 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2. ปี พ.ศ. 2531 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 3. ปี พ.ศ. 2540 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต University of Washington, USA 4. ปี พ.ศ. 2544 พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต University of Washington, USA |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง |
| ผลงาน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ปี พ.ศ. 2547 บทความเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” ตีพิมพ์ วิทยาสารวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2. ปี พ.ศ. 2546 บทความเรื่อง “Spiritual care for the terminally ill.” ตีพิมพ์ Thai Journal of Nursing |

2.2 ดร. ปานตา อภิรักษ์นภานนท์

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | 1. อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย เซนต์หลุยส์ 2. Consultant committee of the Thai palliative nursing club |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 43 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2518 ประกาศนียบัตรสาขาการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2. ปี พ.ศ. 2528 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลสภากาชาดไทย 3. ปี พ.ศ. 2542 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 4. ปี พ.ศ. 2551 Palliative and hospice one week course in Malaysia 5. ปี พ.ศ. 2553 ปริญญาวิชาชีพบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | 1. พยาบาลห้องผ่าตัด 2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง |
| ผลงาน | 1. ปี พ.ศ. 2549-2554 พัฒนา “Project of cancer counseling: cancer call center” supported by National health security office (NHSO) 2. ปี พ.ศ. 2554 Asia pacific palliative and hospice conference, KL., Malaysia |

2.3 ผศ. ดร. พิกุล พรพิบูลย์

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | ผู้ช่วยคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 20 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| วุฒิการศึกษา | 1. วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | 2. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| | 3. ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | 1. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 2. การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง |
| ผลงาน | 1. ปี พ.ศ. 2557 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผล ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง ลำปาง” 2. เอกสารวิชาการเรื่อง “การจัดการกรณีในการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย” วารสารพยาบาลสาร (เผยแพร่ ระดับชาติ) |
| 2.4 ผศ. ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ | |
| ตำแหน่งปัจจุบัน | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอาโรคศาสตร์ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 29 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2532 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการ พยาบาลและผดุงครรภ์ 2. ปี พ.ศ. 2542 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา ชีววิทยา 3. ปี พ.ศ. 2551 ELNEC Critical care trainers. (End of life care education) America 4. ปี พ.ศ. 2552 ปริญญาตรีบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์ |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | การดูแลระยะท้าย |
| ผลงาน | 1. ปี พ.ศ. 2552 ผลงานวิจัยเรื่อง “Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand.” International Nursing Review |

2. ปี พ.ศ. 2552 ผลงานวิจัยเรื่อง “Promoting peaceful death for Thai Buddhists: Implications for holistic end-of-life care.” Holistic Nursing Practice

3. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) กลุ่มพยาบาล

3.1 นางฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา

ตำแหน่งปัจจุบัน

1. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. หัวหน้าศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

ประสบการณ์ในการทำงาน

24 ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วุฒิการศึกษา

1. ปี พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. ปี พ.ศ.2554 อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วย
ประคับประคอง (2เดือน) วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด
ไทย

3. ปี พ.ศ. 2559 อบรม Advance Course in Palliative Care ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

4. ปี พ.ศ. 2560 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางด้าน
การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลักสูตร 4
เดือน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลงาน

- 1.วิทยากรเรื่อง การดูแลผู้ป่วย Palliative care สำหรับ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในพื้นที่เขตบริการที่ 10
2. เป็นครูพี่เลี้ยงฝึกอบรม ภาคปฏิบัติ หลักสูตร 4 สัปดาห์ สำหรับพยาบาลโครงการ clinical Palliative care for Community Nurses ปี 59 ร่วมกับ ศูนย์ การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ปี พ.ศ. 2556 งานวิจัย เรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในโครงการพุทธรักษา” งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์

3.2 นางสาวทิพย์พร สงวนทรัพย์

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | 1. พยาบาลประจำศูนย์ชีวาภิบาล 2. คณะกรรมการวิชาการสมาคมพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 25 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2. ปี พ.ศ. 2545 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล 3. ปี พ.ศ. 2557 อบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขั้นพื้นฐานระยะสั้น 6 สัปดาห์ (Basic certificate course in Palliative care nursing: BCCPN) รุ่นที่ 5 |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | 1. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก 3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4. การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด |

3.3 นางสุปราณี ศรีหะโคตร

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | 1. หัวหน้างานผู้ป่วยใน 2. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3. ผู้ช่วยเลขาทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 23 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | โรงพยาบาลปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ |

| | |
|--------------------|--|
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี 2538 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลสรรพลีทธิประสงค์ อุบลราชธานี |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | 2. ปี 2544 พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| ผลงาน | การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1. ปี 2556 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง โดยนำแบบประเมิน ESAS และ PPS มา ใช้ประเมินผู้ป่วย และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative care (CPG) จัดทำคู่มือผู้ป่วย palliative 2. ปี 2557 จัดตั้งทีม palliative care รพ.ปรารังค์กู๋ 3. ปี 2558 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย Palliative care อำเภอปรารังค์กู๋ 4. ปี 2558 ประชุมวิชาการ และ นำเสนอผลการ ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง เขตบริการสุขภาพที่ 10 ณ โรงพยาบาลชุมชน จ.ศรีสะเกษ |

4. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

| | |
|-----------------------------|--|
| 4.1 นางสาวดารัตน์ สานินันท์ | |
| ตำแหน่งปัจจุบัน | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 14 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล ฝ่ายการ พยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการณย์ กรุงเทพมหานคร 2. ปี พ.ศ. 2545 พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ |

3. ปี พ.ศ. 2550 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ
เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุจากสภาการ
พยาบาล
4. ปี พ.ศ. 2557 อบรมหลักสูตร การบริหารผู้ป่วยระยะ
ท้ายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
1. การพยาบาลผู้สูงอายุ
2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- ผลงาน
1. ปี พ.ศ. 2556 เป็นทีมผู้เขียนบทความเรื่อง “การดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่ : แผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
โดยสหสาขาวิชาชีพ (Palliative care collaborative
care plan)”
2. เป็นผู้ร่วมวิจัยใน เรื่อง Reliability and validity of
the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of
the palliative performance scale (PPS v2)
3. ปี พ.ศ. 2556 เป็นผู้เขียนหลัก “คู่มือการใช้แบบ
ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care outcome scale : POS) โดย
ลดาร์ตัน สากินันท์ และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4.2 นางสาวศากุน ปรีณวัฒน์

- ตำแหน่งปัจจุบัน
1. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
2. คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- ประสบการณ์ในการทำงาน
- 39 ปี
- สถานที่ปฏิบัติงาน
- พยาบาลประจำศูนย์รามธิบดีอภิบาล โรงพยาบาล
รามธิบดี

| | |
|--------------------|--|
| วุฒิการศึกษา | <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 3. วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จากสภาการพยาบาล 4. Basic certificate course in palliative nursing (held by Institute of palliative medicine, calicut, India & palliative care unit and nursing department Srinagarind hospital, faculty of medicine, Khonkaen university) |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | การดูแลระยะท้ายผู้ป่วยและครอบครัว |
| ผลงาน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ในปี พ.ศ. 2552 พัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบครอบครัวรวม (Rama palliative care form) เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (ศูนย์รามาธิบดี อภิบาลในปัจจุบัน) 2. ปี พ.ศ. 2550-ปัจจุบัน เป็นวิทยากรในการประชุมเกี่ยวกับ “การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว” ทั้งภายในและภายนอกคณะ |

4.3 นางอรพรรณ ไชยเพชร

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | <ol style="list-style-type: none"> 1. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 2. พยาบาลชำนาญการ 3. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 29 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |

| | |
|--------------------|---|
| วุฒิการศึกษา | <ol style="list-style-type: none"> 1. ปี พ.ศ. 2532 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2. ปี พ.ศ. 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 3. ปี พ.ศ. 2555 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม จากสภาการพยาบาล |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 2. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต |
| ผลงาน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ปี พ.ศ. 2554 ผลงานวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาล และ International journal of palliative nursing 2. ปี พ.ศ. 2555 บทความวิชาการเรื่อง “บทบาทของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ตีพิมพ์ในเวชบำบัดวิกฤตสงขลานครินทร์ |

4.4 นายชยุต ใหม่เขียว

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | <ol style="list-style-type: none"> 1. หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 24 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| วุฒิการศึกษา | <ol style="list-style-type: none"> 1. ปี พ.ศ. 2537 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2. ปี พ.ศ. 2541 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 3. ปี พ.ศ. 2545 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |

4. ปี พ.ศ. 2557 อบรมเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับเคมีบำบัดและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคอง” จาก Nippon Medical School
ประเทศญี่ปุ่น
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ
1. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 2. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- ผลงาน
1. ปี พ.ศ. 2553 เขียนบทความเรื่อง “ผลของการใช้แนว
ปฏิบัติการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับเคมีบำบัด” ในพยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 2. ปี พ.ศ. 2556 เขียนบทความเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วย
ที่มีความเหนื่อยล้า” และ “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้
อาเจียน.” ใน บุษยามาส ชีวสกุลยง การดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง Palliative care
 3. ปี พ.ศ. 2556 ผลงานวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตผู้ป่วย
มะเร็งในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่”
 4. ปี พ.ศ. 2556 ผลงานวิจัยเรื่อง “กรณีศึกษานำร่อง
วิเคราะห์สถานการณ์การรวบรวมตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง” โรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่
 5. ปี พ.ศ. 2559 เป็นผู้ร่วมงานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์
สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่”

5. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

5.1 นางพรวิรินทร์ นุตราวงค์

ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลชำนาญการพิเศษ

ประสบการณ์ในการทำงาน

39 ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย

นวมินทราชินราษ

| | |
|--------------------|--|
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2522 ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัย และ ผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลกึ่งการุณย์ 2. ปี พ.ศ. 2525 ครุศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลมารดา และทารก) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3. ปี พ.ศ. 2540 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | การดูแลแบบประคับประคอง (เน้นการกอด) |

5.2 นางปณิตดา สุวรรณ

| | |
|----------------------|--|
| ตำแหน่งปัจจุบัน | 1. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการ พยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ 2. คณะกรรมการ Palliative care ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | 30 ปี |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| วุฒิการศึกษา | 1. ปี พ.ศ. 2531 วิทยาศาสตร์ศาสตรบัณฑิต สาขาการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. ปี พ.ศ. 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ 3. ปี พ.ศ. 2554 วุฒิปัตร์แสดงความรู้ ความชำนาญ เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ จากสภาการพยาบาล |
| ความเชี่ยวชาญเฉพาะ | 1. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 2. การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย |
| ผลงาน | 1. ปี พ.ศ. 2554 นำเสนอผลงานประเภทโปสเตอร์ การ ประชุมระดับภูมิภาค The 12 th HA Regional forum ในหัวข้อ ความงามในความหลากหลาย “Beauty in diversity” เรื่อง ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของ |

ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. ปี 2556 นำเสนอผลงานประเภทโปสเตอร์ การประชุม
วิชาการ The 10th Asia pacific hospice conference

2013 “Integration and harmony of wisdom”

2013 สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เรื่อง Palliative
outcome scale (POS) and palliative performance
scale (PPS) of the palliative care patients at

Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital.

5.3 พว. สุรีย์ ลีมงคล

ตำแหน่งปัจจุบัน

1. หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง

2. พยาบาลชำนาญการพิเศษ

ประสบการณ์ในการทำงาน

33 ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน

หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง หอพักพยาบาล 3
โรงพยาบาลศิริราช

วุฒิการศึกษา

1. วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)

มหาวิทยาลัยมหิดล

2. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

3. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

4. ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการรักษาโดยวิธีฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม

5. ประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุ

สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน/
ชุมชน

ผลงาน

วิทยากรบรรยายเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน/ชุมชน การเผชิญความตาย
อย่างสงบ และการพัฒนาคุณภาพบริการ



ที่ ศธ 0512.11/ 2103



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 กันยายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ปัทมา โกมุตบุตร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกศินี พุทธมนต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิป์ โทร. 0-2218-1160
นางสาวเกศินี พุทธมนต์ โทร. 08-4951-8806

ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร
หรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 190/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 143.1/59 : การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ
ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเกศินี พุทรมนต์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม พรวิภา อรรถนันทน์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม นันทิณี วัฒนศิริ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิณี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 8 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ : 7 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับคณะกรรมการหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย

| | |
|-------------------------|---------------|
| เลขที่โครงการวิจัย..... | 143.1/59 |
| วันที่รับรอง..... | - 8 พ.ย. 2559 |
| วันหมดอายุ..... | - 7 พ.ย. 2560 |

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นฝ่ายจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participation Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ
ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกศินี พุทธมนต์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เลขที่ 54 ถ.กำแพงเพชร 6 แขวงตลาด
บางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
(ที่บ้าน) เลขที่ 433/291 Blocs77 condominium ถ.สุขุมวิท 77 แขวง
พระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10260

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5766425-6 โทรศัพท์มือถือ 084-9518806

E-mail : Ammon_amm@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่าน
ข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม้ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ
ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกตาม
คุณสมบัติ โดยศึกษาจากประวัติ ผลงานด้านต่างๆ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และมีความยินดีใน
การเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้
 - 3.1 กลุ่มองค์กรแพทย์ จำนวน 5 คน
 - 3.2 กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ จำนวน 5 คน
 - 3.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 คน
 - 3.4 กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
จำนวน 4 คน
 - 3.5 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน
4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคต โดยใช้เทคนิค Delphi ดำเนินการวิจัยโดยศึกษา
รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้
 - 4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วม
ในการวิจัยครั้งนี้ด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือเขียนตอบแบบสัมภาษณ์ตามความ

ก.ศ. น. พุทธิมา

ประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หากผู้เชี่ยวชาญยินดีให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเทป 1 ครั้งและใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา สร้างเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความน่าจะเป็นมากที่สุด จนถึงระดับความน่าจะเป็นน้อยที่สุด จากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 21 คน ทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้ม ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละด้าน และมีข้อความปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อเติมอย่างอิสระ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที โดยผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ พร้อมกันนี้ได้จัดเตรียมซองจดหมายและตราไปรษณียากร พร้อมทั้งระบุชื่อที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญในการส่งเอกสารกลับผู้วิจัย

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเพิ่มตำแหน่งค่าสถิติ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ จากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 21 คน ทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันการคงคำตอบเดิม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที โดยผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ พร้อมกันนี้ได้จัดเตรียมซองจดหมายและตราไปรษณียากร พร้อมทั้งระบุชื่อที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญในการส่งเอกสารกลับผู้วิจัย

5. ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ผู้ป่วยมะเร็ง ในการกำหนดแนวปฏิบัติและพัฒนา ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, กำหนดเกณฑ์ การประเมินผล การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินการปฏิบัติงานของตนเอง และการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

6. ผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมในการวิจัยไม่สะดวกในการสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับใดๆ ทั้งสิ้น

1. *Uphol*

7. การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะไม่มีความเสี่ยง แต่อาจรบกวนเวลาส่วนตัวในการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง

8. หากมีข้อสงสัยประการใด ผู้เข้าร่วมในการวิจัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวเกศินี พุทธิมนต์ ทางหมายเลขโทรศัพท์มือถือ 084-9518806 และหากผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย จะดำเนินแจ้งผู้เข้าร่วมในการวิจัยทราบทันที

9. ผู้เข้าร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลลงในแบบประเมิน ผู้วิจัยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมในการวิจัย ข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และทำลายทิ้งหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเสมอ

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใด ๆ ให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์ 02-218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ก.วิ.๑๑ Chula

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ
ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกศินี พุทธรนต์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เลขที่ 54 ถ.กำแพงเพชร 6 แขวงตลาด
บางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210(ที่บ้าน) เลขที่ 433/291 Blocs77 condominium ถ.สุขุมวิท 77 แขวง
พระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10260

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5766425-6 โทรศัพท์มือถือ 084-9518806

E-mail : Ammon_amm@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการวิจัย และ
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ รวมทั้งความเสี่ยงและประโยชน์ซึ่งจะ
เกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด
และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้สัมภาษณ์ร่วมกับ
การบันทึกเทป หรือตอบแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที การ
ตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที โดยมีระยะเวลาห่างกัน 2
สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้
มีส่วนร่วมในการวิจัย และข้อมูลใดที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

Ammon

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้
มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

ลงชื่อ.....*ศศินิ*.....
(นางสาวเกศินี พุทธรนต์)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ศศินิ พุทธรนต์



เรียน

สิ่งที่แนบมาด้วย

1. หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ
2. เอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1

ดิฉัน นางสาวเกศินี พุทธรนต์ นิสิตปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่องการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (A STUDY OF PALLIATIVE CARE NURSING OUTCOMES QUALITY INDICATORS, IN TERMINALLY CANCER PATIENTS) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มองค์กรแพทย์, ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์, ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT), ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตอบคำถามการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ท่านผู้เชี่ยวชาญในการตอบคำถามการวิจัย เรื่องดังกล่าว ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวเกศินี พุทธรนต์

นิสิตปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริการการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรง คือ นางสาวเกศินี พุทธรนต์ โทรศัพท์มือถือ 084-9518806 E-mail: amoxy_amm@hotmail.com

แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1
เรื่อง
การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์
การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี

วุฒิการศึกษา.....

ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานในปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 ตุลาคม 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน นางสาวเกศินี พุทธรนต์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 และในครั้งนี้เป็นารตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการให้นำหนักคะแนนความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละด้าน โดยนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถาม

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้และขอน้อมรับความคิดเห็นพร้อมข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้งี้ได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายใน วันที่ 24 ตุลาคม 2560 เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของงานวิจัย

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวเกศินี พุทธรนต์

โทรศัพท์ 084-9518806

หมายเหตุ: กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์ที่ผู้วิจัยเตรียมมาให้
ซึ่งเป็นไปรษณีย์ด่วนพิเศษ(EMS) โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2
เรื่องการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ 21 คน ในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งหมด 6 ด้าน รวมทั้งหมด 39 ข้อ ดังนี้

- | | |
|---|-------------|
| 1. ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย | จำนวน 5 ข้อ |
| 2. ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย | จำนวน 8 ข้อ |
| 3. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | จำนวน 6 ข้อ |
| 4. ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว | จำนวน 5 ข้อ |
| 5. ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว | จำนวน 8 ข้อ |
| 6. ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว | จำนวน 7 ข้อ |

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เมื่อท่านได้พิจารณา แล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓)ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**ที่มีความสำคัญมากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**ที่มีความสำคัญมาก**

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**ที่มีความสำคัญปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**ที่มีความสำคัญน้อย**

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**ที่มีความสำคัญน้อยที่สุด**

หากท่านเห็นว่าในแต่ละข้อคำถามควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียดใน ช่องข้อเสนอแนะ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

นางสาวเกศินี พุทธิมนต์

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอ แนะ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|----------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 1. | <p>ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย</p> <p>1) อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ หลังจากการใช้ยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น</p> | | | | | | |
| | <p>2) ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 24-72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ</p> | | | | | | |
| | <p>3) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน, ความรู้สึกตัวลดลงน้อยกว่า 2 คะแนน (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15), ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท, หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ เป็นต้น</p> | | | | | | |
| | <p>4) ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้หลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล หรือการช่วยเหลือในการทำสมาธิ</p> | | | | | | |
| | <p>5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสถานะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง</p> | | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 2. | ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย | | | | | | |
| | 1) ไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) | | | | | | |
| | 2) ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomit) | | | | | | |
| | 3) รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากการประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน | | | | | | |
| | 4) ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลงภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการประกอบด้วยระดับออกซิเจนในเลือด (O ₂ Saturation) มากกว่า 92%, อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที | | | | | | |
| | 5) ระดับคะแนน จากการประเมิน อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) น้อยกว่า 4 คะแนน จากอาการทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด, อาการอ่อนเพลีย, อาการคลื่นไส้, อาการซึมเศร้า, อาการวิตกกังวล, อาการร่งงซึม, อาการเบื่ออาหาร, ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ | | | | | | |
| | 6) ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการดูแลและทำความสะอาดช่องปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง | | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----------|---|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | 7) ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลังได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย | | | | | | |
| | 8) ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน จากการดูแลให้ได้รับยาระบายและการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย | | | | | | |
| 3. | ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | | | | | | |
| | 1) ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ(Pneumonia) จากการได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction) | | | | | | |
| | 2) ไม่เกิดแผลกดทับ(Pressure sore)หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) จากการได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด | | | | | | |
| | 3) ไม่มีอาการสับสน (Confusion)หรือการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่เสียไป (Disorientation)จากการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย | | | | | | |
| | 4) ไม่มีภาวะซีด (Anemia) และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มากกว่า 30% จากการได้รับยาบำรุงเลือด, เลือดและสารประกอบของเลือด (Blood transfusion)และโภชนาการที่เหมาะสม | | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----------|---|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | 5) ไม่มีเลือดออกผิดปกติจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เช่น มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae), เลือดออกตามไรฟัน, อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) เป็นต้น จากการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม (Fall) | | | | | | |
| | 6) ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน, ซึม, ใจสั่น, หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia), ชักเกร็ง กระตุก (Seizure) เป็นต้น จากการควบคุมสารน้ำในร่างกาย (Intake - Output) | | | | | | |
| 4. | ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | | | |
| | 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกลไกการดำเนินของโรค และสภาพอาการต่างๆที่เกิดขึ้น | | | | | | |
| | 2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้าหรือพฤติกรรมแยกตัวลดลง | | | | | | |
| | 3) ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง เช่น อาการและการรักษา, ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น | | | | | | |
| | 4) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตใจสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนา ตามความเชื่อของตน เช่น การทำบุญ ถวายสังฆทาน, การละหมาด หรือการอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น | | | | | | |
| | 5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้าย | | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอ แนะ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|----------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5. | ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วย และครอบครัว | | | | | | |
| | 1) ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย | | | | | | |
| | 2) ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษา ตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) จากการ ประชุมครอบครัว (Family conference) เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy), การใช้รังสี รักษา (Radiotherapy)หรือการผ่าตัด (Operation) | | | | | | |
| | 3) ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will)และ ครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของ ผู้ป่วย เช่น ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR), ปฏิเสธการเสียชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต หรือ ต้องการกลับไปเสียชีวิตในบ้านเป็นต้น | | | | | | |
| | 4) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองทุกครั้ง เมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการรักษา | | | | | | |
| | 5) ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ของอาการได้ เช่น ผม่วรง รูปร่างผอม มีสาย ให้อาหารทางสายยางที่จมูก (Nasogastric tube), มีถุงระบายอุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy)เป็นต้น | | | | | | |
| | 6) ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บ้าน หลังได้รับการช่วยเหลือในการหา แหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการ ดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน (Home oxygen), อุปกรณ์ทำแผล (Dressing set) เป็นต้น | | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----------|--|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | 7) ครอบครัวของผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ, การดูแลแผลเจาะคอ, การดูดเสมหะ เป็นต้น | | | | | | |
| | 8) ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถาม เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ, การปรับยาเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ เป็นต้น | | | | | | |
| 6. | ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | | | |
| | 1) ผู้ป่วยยอมรับ พร้อมที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล | | | | | | |
| | 2) ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวหรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิตจากการช่วยเหลือติดตามญาติ หรือการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลหลัก | | | | | | |
| | 3) ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เช่น ตาปิดสนิททั้ง 2 ข้าง, ไม่มีอาการชักเกร็ง เป็นต้น | | | | | | |
| | 4) ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก | | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอ แนะ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|----------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | 5) ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ร่างกายผู้ป่วย (ศพ) สะอาด เสมือนยังมีชีวิต อยู่ | | | | | | |
| | 6) ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วย เสียชีวิต เช่น เอกสาร เสื้อผ้าผู้ป่วย สถานที่บำเพ็ญ กุศลหรือสถานที่ฝังศพ เป็นต้น | | | | | | |
| | 7) ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และ สามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ โดยปราศจาก ความทุกข์ จากการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลัง ผู้ป่วยเสียชีวิต | | | | | | |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤศจิกายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน นางสาวเกศินี พุทธรนต์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในเทคนิคเดลฟาย(Delphi)รอบที่ 3 **เพื่อยืนยันความคิดเห็นของท่าน** ในการให้ความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความคิดเห็นของท่านจะเป็นความลับ แต่จะใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ เพื่อหาความสอดคล้องกัน

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นรอบสุดท้ายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถาม และเพื่อความตรงของงานวิจัย ดิฉันใคร่ขอความกรุณาจากท่าน โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายในวันที่ 17 พฤศจิกายน 2560

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวเกศินี พุทธรนต์

โทรศัพท์ 084-9518806

หมายเหตุ: กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์ที่ผู้วิจัยเตรียมมาให้
ซึ่งเป็นไปรษณีย์ด่วนพิเศษ(EMS) โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามรอบที่ 3 ฉบับนี้ เป็นการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งหมด 6 ด้าน รวมทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| 1. ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย | จำนวน 5 ข้อ |
| 2. ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย | จำนวน 8 ข้อ |
| 3. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | จำนวน 4 ข้อ |
| 4. ด้านการได้รับการตอบสนองของความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว | จำนวน 5 ข้อ |
| 5. ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว | จำนวน 8 ข้อ |
| 6. ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว | จำนวน 7 ข้อ |

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว ได้โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านโดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสำคัญมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสำคัญมาก

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสำคัญปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสำคัญน้อย

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสำคัญน้อยที่สุด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

คำที่นำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ประกอบด้วย

1. ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 แทนด้วยสัญลักษณ์ ●

2. ค่ามัธยฐาน (Md) คือ ค่ากลางของความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แทนด้วยสัญลักษณ์ ▲

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับหมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.51 – 5.00 = ระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.51 – 4.50 = ระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.51 – 3.50 = ระดับความสำคัญปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.51 – 2.50 = ระดับความสำคัญน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 – 1.50 = ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คนที่มีต่อตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แทนด้วยสัญลักษณ์ ↔

4. การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q_3 - Q_1$)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

5. การแปลความหมายของคำตอบที่อยู่ในขอบเขตและนอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีที่เป็นคำตอบของท่านที่อยู่ในขอบเขต ↔ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขต ↔ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนี้ๆ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|---|---|------------------|---|---|---|---|-----------------------|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | MD | IR | |
| 1. ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย | | | | | | | | | |
| 1. | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้ง จากพยาธิสภาพของโรคและการทำ หัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการ กับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความ รุนแรง และความถี่ หลังจากการใช้ ยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วย เสียงเพลง เป็นต้น เหตุผล:..... | △ ↔ ● ✓ | | | | | 4.75 | 0.25 | |
| 2. | ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 24-72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการกับ อาการ เหตุผล:..... <u>กรุณาแสดงเหตุผลประกอบ</u> | △ ↔ ● ✓ | | | | | 4.70 | 0.30 | คำตอบ รอบที่ 2 ของท่าน (●) อยู่ นอก ขอบเขต ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ |

การแปลความหมาย ข้อ 1.

1. ค่ามัธยฐาน Δ = 4.75 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ \longleftrightarrow = 0.25 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า “อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและ การทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ ภายหลังจากการใช้ยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น” เป็นความสำคัญของคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยระดับมากที่สุด

การแปลความหมาย ข้อ 2.

1. ค่ามัธยฐาน Δ = 4.70 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ \longleftrightarrow = 0.30 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า “ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 24-72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ” เป็นความสำคัญของคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยระดับมากที่สุด

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หลังจาก ทบทวนคำตอบแล้ว หากท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 และยืนยัน คำตอบเดิมเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณา ท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ

3. หรือหากในกรณีที่คำตอบรอบที่ 2 ของท่าน อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และ ภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 หากท่านมีความเห็นสอดคล้อง กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และคำตอบของท่านอยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ \longleftrightarrow ในกรณีนี้ ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1. | ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของ ผู้ป่วย | | | | | | | | |
| 1.1 | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้ง จากพยาธิสภาพของโรคและการทำ หัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการ กับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความ รุนแรง และความถี่ หลังจากการ ได้รับยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วย เสียงเพลง เป็นต้น เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.75 | 0.25 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 จาก การใช้ยา เป็นการ ได้รับยา |
| 1.2 | ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง หรือน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ | △ ↔ | | | | | 4.70 | 0.30 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 จาก ภายใน 24-72 ชั่วโมง เป็น ภายใน 1 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| | เหตุผล:..... | | | | | | | | ชั่วโมง |
| 1.3 | ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือ ผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน, ความ รู้สึกตัวลดลงน้อยกว่า 2 คะแนน (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15), ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท, หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ เป็นต้น เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.59 | 0.79 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1.4 | ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ มีความสุขสบาย หลังได้รับยาแก้ ปวด ยาคลายกังวล การช่วยเหลือ ในการทำสมาธิหรือการนวด ประคบ เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.59 | 0.96 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 เพิ่ม กิจกรรม การนวด ประคบ |
| 1.5 | สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตาม สภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วน ร่วมกับพยาบาลในการทำกิจวัตร ประจำวันของตนเอง เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.59 | 0.92 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|--------|---|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 2. | ด้านการดูแลอาการรบกวนทาง กายต่างๆของผู้ป่วย | | | | | | | | |
| 2.1 | อาการเหนื่อยล้าลดลง หรือไม่มี อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เหตุผล:..... | | Δ ↔ | | | | 4.25 | 1.96 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 เพิ่ม อาการ เหนื่อยล้า ลดลง |
| 2.2 | อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หรือไม่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit) เหตุผล:..... | | Δ ↔ | | | | 4.55 | 0.80 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 เพิ่ม อาการ คลื่นไส้ อาเจียน ลดลง |
| 2.3 | รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อ ความต้องการของร่างกาย หรือ เท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ โดยการประเมินอาหารที่ผู้ป่วยควร ได้รับในแต่ละวัน | | Δ ↔ | | | | 3.50 | 1.80 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 เพิ่ม คำว่า เท่าที่ ผู้ป่วย สามารถ รับประ ทานได้ |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| | เหตุผล:..... | | | | | | | | โดยการ ประเมิน อาหารที่ ผู้ป่วยควร ได้รับใน แต่ละวัน |
| 2.4 | ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจ ลำบากลดลง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยระดับออกซิเจนใน เลือด (O ₂ Saturation) มากกว่า 90%, อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที เหตุผล:..... | Δ ↔ | | | | | 4.65 | 0.83 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 ปรับ จาก ภายใน 48 ชั่วโมง เป็น 24 ชั่วโมง และ ระดับ ออกซิเจน ในเลือด มากกว่า 90% |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 2.5 | <p>ระดับคะแนน จากการประเมิน อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะ สุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) น้อยกว่า 4 คะแนน จากอาการ ทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด, อาการอ่อนเพลีย, อาการคลื่นไส้, อาการซีมเศร้า, อาการวิตกกังวล, อาการง่วงซึม, อาการเบื่ออาหาร, ความสบายดีทั้ง กายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ</p> <p>เหตุผล:.....</p> | △ | ↔ | | | | 4.65 | 0.50 | |
| 2.6 | <p>ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอมีแผล ในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่อง ปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับ การดูแลและทำความสะอาดช่อง ปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง และได้รับยาชากลั้วปาก เช่น Xylocainviscus</p> <p>เหตุผล:.....</p> | △ | ↔ | | | | 4.55 | 1.14 | <p>ปรับตาม ข้อเสนอ แนบรอบ ที่ 2 เพิ่ม การได้รับ ยาชากลั้ว ปาก เช่น Xylocain viscus</p> |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 2.7 | ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือ แน่นท้องลดลง จากภาวะท้องมาน หรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลัง ได้รับการจัดท่านอนที่สุขสบาย หรือการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (Abdominal tapping) เหตุผล:..... | △ | ↔ | | | | 4.59 | 1.39 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 เพิ่ม กิจกรรม การเจาะ ระบายน้ำ ในช่อง ท้อง |
| 2.8 | ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่าย ได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน จาก การดูแลให้ได้รับยาระบาย และการ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เหตุผล:..... | △ | ↔ | | | | 4.55 | 0.85 | |
| 3. | ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจาก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | | | | | | | | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 เพิ่ม คำว่า หลังจาก |
| 3.1 | ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังจากได้รับการ เคาะปอด (Percussion) และดูด เสมหะ (Suction) | △ | ↔ | | | | 4.50 | 1.75 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| | เหตุผล:..... | | | | | | | | |
| 3.2 | ไม่เกิดแผลกดทับ(Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) หลังได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด เหตุผล:..... | △ | ↔ | | | | 4.59 | 1.79 | ปรับตาม ข้อเสนอ ในรอบ ที่ 2 เพิ่ม คำว่า หลังจาก |
| 3.3 | ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะ เกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เช่น มีจุด เลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae), เลือดออกตามไรฟัน, อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) เป็นต้น เหตุผล:..... | △ | ↔ | | | | 3.50 | 1.92 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|--------|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 3.4 | <p>ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน, ซึม, ใจสั่น, หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia), ชักเกร็ง กระจก (Seizure) เป็นต้น หลังจากการได้รับยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการควบคุมสารน้ำในร่างกาย (Intake - Output)</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | Δ ↔ | | | | 3.36 | 1.92 | |
| 4. | <p>ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว</p> | | | | | | | | |
| 4.1 | <p>ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินของโรค และสภาพอาการต่างๆที่เกิดขึ้น</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | Δ ↔ | | | | 4.70 | 0.30 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 4.2 | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้าหรือพฤติกรรม แยกตัวลดลง เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.59 | 0.79 | |
| 4.3 | ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง รวมถึงอาการ และการรักษา, ค่าใช้จ่ายในการ นอนโรงพยาบาล เป็นต้น เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.75 | 0.81 | |
| 4.4 | ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ เช่น ไม่มี อาการกระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการได้การดูแล ตามศาสนา และความเชื่อของตน เช่น การทำบุญ ถวายสังฆทาน, การละหมาด หรือการอ่านพระ คัมภีร์ เป็นต้น | △ ↔ | | | | | 4.59 | 0.92 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะใน รอบที่ 2 ใช้คำว่า หลังจาก การได้ การดูแล ตาม |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----------|---|----------------|---|---|---|---|---|------|------------------------------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| | เหตุผล:..... | | | | | | | | ศาสนา และความ เชื่อของ ตน |
| 4.5 | ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึง พอใจต่อการให้ข้อมูล และการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใน ระยะสุดท้าย เหตุผล:..... | Δ ↔ | | | | | 4.68 | 0.32 | |
| 5. 5.1 | ด้านการเผชิญปัญหาและการ ปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เหตุผล:..... | Δ ↔ | | | | | 4.74 | 0.27 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 5.2 | <p>ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) หรือมีการประชุมครอบครัว (Family conference) เช่น ขอไม่รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy), การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการผ่าตัด (Operation)</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | Δ | ↔ | | | | 4.70 | 0.30 | <p>ปรับตามข้อเสนอแนะรอบที่ 2 เพิ่มคำว่า ขอไม่รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด, การใช้รังสีรักษา หรือการผ่าตัด</p> |
| 5.3 | <p>ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) และครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR), ปฏิเสธการเสียชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ยื้อชีวิต หรือต้องการกลับไปเสียชีวิตในบ้าน เป็นต้น</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | Δ | ↔ | | | | 4.65 | 0.40 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 5.4 | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ ตอบสนองทุกครั้ง เมื่อต้องการ เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการ รักษา เหตุผล: | Δ ↔ | | | | | 4.65 | 0.40 | |
| 5.5 | ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการ เปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ได้ เช่น ผม่วรง รุปร่างผอม การให้ อาหารทางสายยางที่จมูก (Nasogastric tube), มีถุงระบาย อุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นต้น เหตุผล: | Δ ↔ | | | | | 4.70 | 0.30 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 5.6 | <p>ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน หลังได้รับการช่วยเหลือในการหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน (Home oxygen), อุปกรณ์ทำแผล (Dressing set) เป็นต้น</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | Δ | ↔ | | | | 4.70 | 0.30 | |
| 5.7 | <p>ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ, การดูแลแผลเจาะคอ, การดูดเสมหะ เป็นต้น</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | Δ | ↔ | | | | 4.68 | 0.32 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 5.8 | ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถาม เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณี que ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ, การปรับยาเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ เป็นต้น เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.65 | 0.40 | |
| 6. | ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | | | | | |
| 6.1 | ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.68 | 0.32 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 6.2 | <p>ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับ ครอบครัวหรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิตจากการช่วยเหลือติดตามญาติ หรือการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลหลัก</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | Δ | ↔ | | | | 4.69 | 0.30 | |
| 6.3 | <p>ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เช่น ตาปิดสนิททั้ง 2 ข้าง, ไม่มีอาการชักเกร็ง เป็นต้น</p> <p>เหตุผล:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | Δ | ↔ | | | | 4.68 | 0.32 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 6.4 | ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.59 | 0.71 | |
| 6.5 | ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์ เช่น ร่างกายผู้ป่วย (ศพ) สะอาด เสมือนยังมีชีวิตอยู่ เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.63 | 0.61 | |
| 6.6 | ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อม เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น เอกสาร เสื้อผ้าผู้ป่วย สถานที่บำเพ็ญกุศล หรือสถานที่ฝังศพ เป็นต้น เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.68 | 0.32 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย | ระดับความสำคัญ | | | | | ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|---|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 6.7 | ครอบครัวยอมรับในการจากไปของ ผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการ สูญเสียได้ โดยปราศจากความทุกข์ จากการติดตามทางโทรศัพท์ ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เหตุผล:..... | △ ↔ | | | | | 4.68 | 0.32 | |

ภาคผนวก จ
ตารางแสดงคำอธิบายรายละเอียดและตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

| ชื่อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|------|---|--|
| 1. | ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย | |
| | 1. อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด | อาการปวดลดลง หรือไม่ปวด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการ ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ทั้งระดับความรุนแรง และความถี่ หลังจากการได้รับยา เช่น มอร์ฟีน และการไม่ใช้ยา เช่น การนวด การบำบัดด้วยเสียงเพลง เป็นต้น ประเมินจากสีหน้าท่าทาง ไม่ดิ้นทุรนทุราย |
| | 2. ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง ภายใน 1 ชั่วโมง | ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง น้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score = 0-10) ภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการกับอาการ |
| | 3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ มีความสุขสบาย | ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ มีความสุขสบาย ภายหลังได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล การช่วยเหลือในการทำสมาธิ หรือการนวดประคบ |
| | 4. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง | สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกายบนเตียง เป็นต้น |
| | 5. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด | ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด |

| ชื่อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|------|--|--|
| | | <p>ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - คลื่นไส้อาเจียน - ความรู้สึกตัวลดลงมากกว่า 2 คะแนน (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15) - ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท - หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ |
| 2. | ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆ ของผู้ป่วย | |
| | 1. ไม่มีภาวะเหนื่อย หรือภาวะหายใจลำบากลดลงภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการกับอาการ | <p>อาการของภาวะเหนื่อย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) มากกว่า 90% - อัตราการหายใจ 12-24 ครั้งต่อนาที - ไม่ใช่กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อซี่โครง (Intercostal muscles) และกะบังลม (Diaphragm) |
| | 2. อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit) | อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หรือไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomit) |
| | 3. ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน | ไม่มีภาวะท้องผูก สามารถขับถ่ายได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 วัน หลังจากการดูแลให้ได้รับยาระบาย และการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|-----|--|--|
| | 4. ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือแน่นท้องลดลงจากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) | ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือแน่นท้องลดลง จากภาวะท้องมานหรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) หลังได้รับการจัดทำนอนที่สุขสบาย หรือการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (Abdominal tapping) |
| | 5. ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) | ไม่มีอาการเจ็บปากเจ็บคอ มีแผลในช่องปาก หรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) หลังได้รับการดูแลและทำความสะอาดช่องปาก (Mouth wash) ทุก 2-4 ชั่วโมง และได้รับยาชากลั้วปาก เช่น Xylocain viscus |
| | 6. อาการอ่อนเพลียลดลง หรือไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) | อาการอ่อนเพลียลดลง หรือไม่มีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) หลังได้รับการดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง |
| | 7. รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ | รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ประเมินจากอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน |
| | 8. ระดับคะแนน จากการประเมิน อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton symptom assessment system: ESAS) น้อยกว่า 4 คะแนน จากอาการทั้งหมด 9 อาการ | อาการรบกวน 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และเหนื่อยหอบ |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|-----|--|---|
| 3. | ด้านผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ | |
| | 1. ไม่มีเลือดออกผิดปกติ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) | เลือดออกผิดปกติ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae) - เลือดออกตามไรฟัน - อาเจียนเป็นเลือด - ค่าเกร็ดเลือด (Platelets) = 150,000 – 450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร |
| | 2. ไม่มีอาการของภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (Electrolyte imbalance) | - อาการของภาวะเกลือแร่ผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน, ซึม, ใจสั่น, หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia), ชักเกร็ง กระตุก (Seizure) <ul style="list-style-type: none"> - ระดับโซเดียมในเลือด 135-145 มิลลิกรัมต่อลิตร - ระดับโพแทสเซียมในเลือด 3.5-4.5 มิลลิกรัมต่อลิตร - ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2-3 มิลลิกรัมต่อลิตร - ระดับแคลเซียมในเลือด 8-10.5 มิลลิกรัมต่อลิตร |
| | 3. ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังจากได้รับการเคาะปอด (Percussion) และดูดเสมหะ (Suction) | อาการของภาวะปอดอักเสบ ได้แก่ มีไข้สูงโดยอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส อาการหนาวสั่น หายใจหอบ ไอมีเสมหะเป็นหนอง <u>เจ็บหน้าอก</u> มีเสียงเสมหะในปอด เป็นต้น |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|-----|--|--|
| | 4. ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure sore) หรือข้อยึดติด (Joint stiffness) หลังได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด | ไม่มีแผลหรือรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ศอก ก้นกบ สันเท้า เป็นต้น |
| 4. | ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว | |
| | 1. ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียด เกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง | ครอบครัววิตกกังวล หรือเครียดเกี่ยวกับอาการและการรักษา, ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น หลังได้รับข้อมูล |
| | 2. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินของโรค และสภาพอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น | ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินของโรค และสภาพอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น หลังจากการได้รับข้อมูล |
| | 3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้าย | คะแนนความพึงพอใจระดับมากมากกว่า 80% |
| | 4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือพฤติกรรมแยกตัวลดลง | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือพฤติกรรมแยกตัวลดลง หลังได้รับข้อมูล |
| | 5. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ | ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ เช่น ไม่มีอาการกระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น หลังจากการได้การดูแลตามศาสนา และความเชื่อของตน เช่น การทำบุญ ถวายสังฆทาน, การละหมาด หรือการอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น |

| ชื่อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|------|--|---|
| 5. | ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว | |
| | 1. ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย | ครอบครัวยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น สังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น |
| | 2. ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) หรือมีการประชุมครอบครัว (Family conference) | ผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) หรือมีการประชุมครอบครัว (Family conference) เช่น ขอไม่รักษาโดยการฉายยาเคมีบำบัด (Chemotherapy), การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการผ่าตัด (Operation) |
| | 3. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ได้ | ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ได้ เช่น ผมร่วง รูปร่างผอม การให้อาหารทางสายยางที่จมูก (Nasogastric tube), มีถุงระบายอุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นต้น |
| | 4. ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน | ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน หลังได้รับการช่วยเหลือในการหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน (Home oxygen), อุปกรณ์ทำแผล (Dressing set) เป็นต้น |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|-----|---|---|
| | 5. ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล | ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ, การดูแลแผลเจาะคอ, การดูแลเสมหะ เป็นต้น |
| | 6. ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) และครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย | ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) และครอบครัวรับทราบและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR), ปฏิเสธการเสียชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต หรือต้องการกลับไปเสียชีวิตในบ้าน เป็นต้น |
| | 7. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองทุกครั้งเมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการรักษา | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองทุกครั้ง เมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการรักษา |
| | 8. ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถาม เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน | ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลที่สามารถติดต่อสอบถาม เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ, การปรับยา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ เป็นต้น |

| ชื่อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|------|---|---|
| 6. | ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว | |
| | 1. ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล | ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และพูดถึงการตายได้อย่างไม่มีกังวล |
| | 2. ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน | ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เช่น ตาปิดสนิททั้ง 2 ข้าง, ไม่มีอาการชักเกร็งกระตุก เป็นต้น |
| | 3. ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต | ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น เอกสารเสื่อผ้าผู้ป่วย สถานที่บำเพ็ญกุศลหรือสถานที่ฝังศพ เป็นต้น |
| | 4. ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ | ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วย และสามารถพูดคุยเรื่องการสูญเสียได้ โดยปราศจากความทุกข์จากการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต |
| | 5. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ | ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ร่างกายผู้ป่วย (ศพ) สะอาด เสมือนยังมีชีวิตอยู่ |
| | 6. ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับ ครอบครัวหรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิต | ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และได้ใช้เวลาอยู่กับ ครอบครัวหรือคนที่รักในช่วงระยะสุดท้าย และได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รักก่อนจะเสียชีวิตจากการช่วยเหลือติดตามญาติ หรือการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลหลัก |

| ข้อ | ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | คำอธิบายรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์ |
|-----|---|--|
| | 7. ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก | ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว |





ตารางแสดงเหตุผลในการตบนอกพิสัยระหว่างคอวไทล์

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|---|---|
| 1.3 | ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน, ความรู้สึกตัวลดลงน้อยกว่า 2 คะแนน (Glasgow Coma Scale: GCS = 3-15), ความดันต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท, หายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหยุดหายใจ เป็นต้น | - ผลข้างเคียงของยาแก้ปวดสามารถเกิดขึ้นได้ |
| 2.3 | รับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ โดยการประเมินอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน | - การรับประทานอาหารของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถประเมินได้ยาก |
| 3.2 | ไม่เกิดแผลกดทับ(Pressure sore)หรือข้อยึดติด (Joint stiffness)หลังได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือการทำกายภาพบำบัด | - ผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัว หรือทำกายภาพบำบัด |
| 6.4 | ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก | - ผู้ป่วยบางรายไม่ประสงค์จะอยู่กับญาติในวาระสุดท้าย - ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติ อาจทำไม่ได้ |

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูล รอบที่ 3

| ผู้เชี่ยวชาญ | จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ) | ร้อยละ |
|------------------|------------------------------|--------|
| 1 | 0 | 0.00 |
| 2 | 13 | 35.13 |
| 3 | 10 | 27.02 |
| 4 | 6 | 16.21 |
| 5 | 6 | 16.21 |
| 6 | 9 | 24.32 |
| 7 | 7 | 18.92 |
| 8 | 2 | 5.40 |
| 9 | 4 | 10.81 |
| 10 | 1 | 2.70 |
| 11 | 1 | 2.70 |
| 12 | 13 | 35.13 |
| 13 | 5 | 13.51 |
| 14 | 5 | 13.51 |
| 15 | 6 | 16.21 |
| 16 | 0 | 0.00 |
| 17 | 0 | 0.00 |
| 18 | 6 | 16.21 |
| รวม | 94 | 254.6 |
| ค่าเฉลี่ย | 5.22 | 14.11 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเกศินี พุทธรนต์ เกิดเมื่อวันที่ 8 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2528 ที่จังหวัด เพชรบูรณ์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจาก วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2551 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการ บริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2557 ปฏิบัติงานเป็นพยาบาล ประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน

