



การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Development of Palliative Care Model at Tha Bo Crown Prince Hospital in Nong

Khai Province

คมกฤษณ์ เทียมกลาง^{1*}, จำเรียง พรหมมา¹

Khomkrit Tiamklang^{1*}, Jamrieng Promma¹

(Received: March 7, 2023; Revised: June 26, 2023; Accepted: July 13, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ รวมทั้งพัฒนา รูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ของปัญหา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้เป็นประเด็นคำถาม เก็บข้อมูลโดยการสนทนา 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้รูปแบบ SGHAR Model (ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ, แนวทางการดูแลผู้ป่วย, การดูแลแบบองค์รวม, การวางแผนดูแลล่วงหน้า, การส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน) และจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองประจำโรงพยาบาล (ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการ, แนวปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย, การดูแลบรรเทาอาการเบื้องต้น, การประเมินอาการ, การใช้ยา, บทส่งท้าย) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, ผู้ดูแล และพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (ESAS) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและความพึงพอใจของพยาบาล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงเนื้อหาและเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มี ความรู้ความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคองที่เพียงพอ พยาบาลแต่ละตึกดูแลผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การดูแลไม่ครอบคลุมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่เพียงพอ

¹ วิทยาลัยแพทย์ แพทย์ประจำคลินิกประคับประคอง จังหวัดหนองคาย

¹ Anesthesiologist, palliative care physician

*Corresponding Author: khomkrit.tia@gmail.com



2. ผลการใช้ SGHAR Model และคู่มือการดูแลผู้ป่วย พบว่า อาการไม่สบายของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะความปวด ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยเพลีย ความพึงพอใจของผู้ดูแลในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70 ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60

คำสำคัญ : การพัฒนา ผู้ป่วยระยะท้าย ประคับประคอง รูปแบบการดูแล

Abstract

This study aimed to investigate the situation as well as develop model and evaluate the effectiveness of palliative care model at Tha Bo Crown Prince Hospital. The process of study consisted of; 1) situation analysis of problem by using qualitative research. The instrument of this phase was question guideline. Data were collected by focus group discussion, 2) the SGHAR model was used to develop a palliative care model (which included service access, patient care guidelines, holistic care, advanced care planning, and data referral to the community), and a hospital palliative care booklet (which included symptom screening, caring and referring patient guideline, primary care for common symptoms, symptom assessment, medication administration, epilogue) was created. Samples of this study were patients with advanced cancer, primary caregivers, and nurses. The instruments included Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), and a satisfaction assessment of family caregivers and nurses. Data were analyzed by using content analysis and descriptive statistics. The results revealed as follows:

1. The palliative care situation revealed that nursing professions lacked knowledge and understanding of palliative care, different guidelines were used in each ward, the psychological and spiritual aspects of caring were not covered, and patients and family caregivers lacked knowledge of the disease.

2. The effectiveness of using the SGHAR Model and the caring booklet revealed that patients' discomfort symptoms, particularly pain, anxiety, and fatigue, were decreased. Family caregivers had the highest level of satisfaction (70%) while nurses had a high level of satisfaction (60%)

Keywords: Development, End of life patients, Palliative care, Caring model



บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ความรุนแรงของโรคที่รักษาไม่หายหรือโรคที่รักษาไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างโคตรเดียว ทุกข์ทรมาน คุณภาพในการเสียชีวิตลดลง นอกจากกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิดแล้ว ยังมีกลุ่มโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษาเมื่อโรคถึงขั้นรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองระยะท้าย ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธการล้างท้องหรือฟอกเลือด โรคหัวใจวายระยะท้าย โรคความจำเสื่อมระดับท้าย หรือทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น แต่การรักษาที่ยังคงมุ่งเน้นไปทางด้านร่างกายเป็นหลัก (Chanpeng, Phongphum, EkPhaknak, Sangthong, & Suknual, 2018) จากสถิติโลกปี 2016 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิตร้อยละ 16.3 คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 28.4 พันล้านคนทั่วโลกในปี ค.ศ. 2040 (Sang et al., 2021) สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับแรก (Strategy and Planning Division, 2020 cited in Rakchate, Udomluck, Siarun, Wongyai & Chaipom, 2022) และจากผลการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลก มีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน (WHO, 2002 cited in Rakchate et al., 2022) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต ครอบครัวต้องทุกข์ทรมานจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเสียชีวิตและครอบครัวสามารถปรับตัวและยอมรับการสูญเสียได้ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายขึ้นมาในโลก การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตเป็นการดูแลผู้มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิตหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัดเขี้ยวและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วย (National health commission 2020)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยพบว่า อยู่ในช่วงกำลังพัฒนา มีเฉพาะบางพื้นที่และมีเพียงร้อยละ 60 ของสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น (Sawasdeenarunat, Taneerat, & Wisettharn, 2015) โดยมีต้นทุนการจัดบริการในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 4,543.28 – 6,076.71 บาทต่อคน (Singweratham & Nawsuwan, 2022) ทั้งนี้ยังต้องการการศึกษาวิจัยเชิงระบบ และพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทของสังคมไทย (Pairojkul, 2019) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายยังไม่มีระบบบริการจากหน่วยงาน



สุขภาพทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายบางคนไม่ได้รับการดูแล เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากโรคหรืออาการข้างเคียงของโรคก่อนเสียชีวิต และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพของรัฐส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการดูแลในลักษณะแบบผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture) การใช้สมุนไพร (Herbal medicine) โยคะ (Yoka) และ การบำบัดโดยใช้กลิ่นหอม (Aromatherapy) (Keramatikerman, 2020) ส่วนการใช้ยาแก้ปวดประเภทรุนแรงหรือมอร์ฟีนมีการเข้าถึงยาก่อนข้างยาก จึงทำให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายทำได้ยาก ตลอดจนอาการแทรกซ้อนของโรคมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ จึงทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีอาการเจ็บปวดและหายใจหอบเหนื่อยมากกว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 200 เตียง โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ ปอดบวม, โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ, โรคไตวาย, โรคหัวใจวาย และโรคเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งอาการของโรคเหล่านี้คุกคามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยเฉพาะในโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคไตวายระยะท้าย โรคหัวใจวายระยะท้ายผู้ป่วยระยะท้ายเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนที่จะเสียชีวิต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเริ่มให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาประมาณ 4 ปีแล้ว แต่ยังไม่มียาผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของแต่ละตึกผู้ป่วยได้รับการดูแลแตกต่างกัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Singweratham and Nawsuwan (2022) พบว่าสถานบริการนำการดูแลแบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ยังไม่แพร่หลายขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานบริการ ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้นและขนาดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีขนาดใหญ่ขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้มีมาตรฐานดีขึ้น โดยการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีแนวทางการดูแลและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้กับบุคลากรในแต่ละหน่วยงานของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในอำเภอท่าบ่อ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมือนกันทุกหน่วยงานและครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

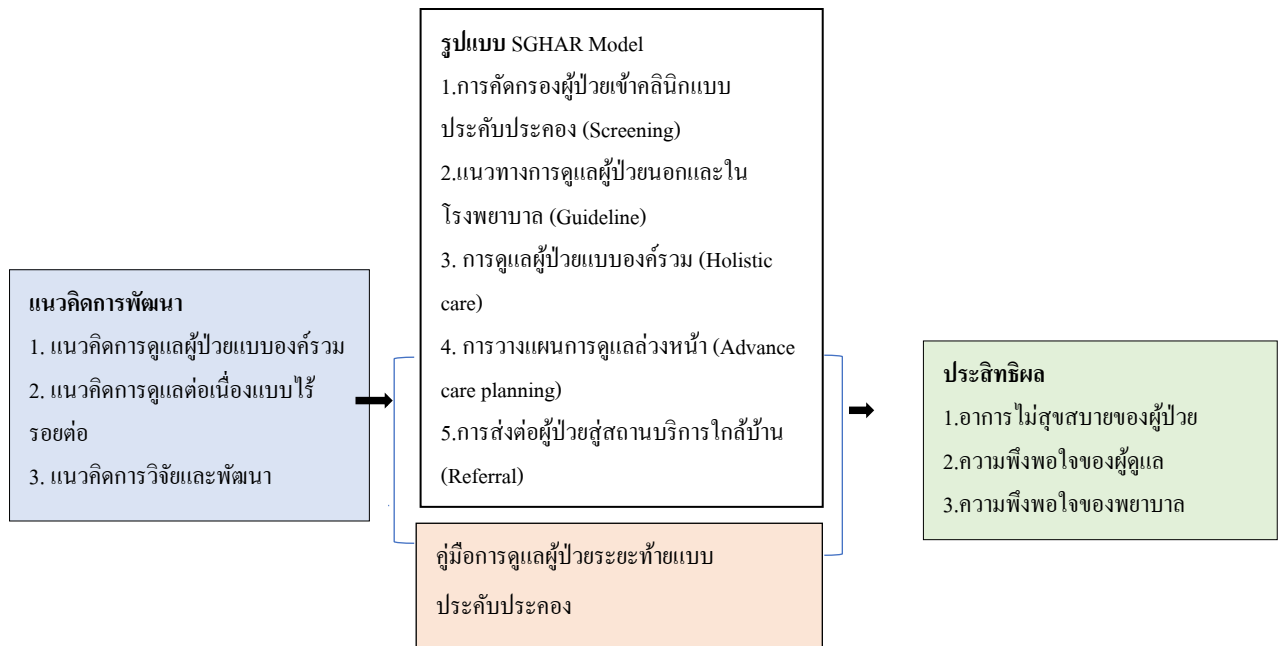


วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ โดยการบูรณาการประสานงานและร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ (National health commission 2020) ร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ของ Wattanapradith (2021) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การสำรวจสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 2) นำเสนอร่างการออกแบบพัฒนาโดยนำความรู้และผลการสำรวจที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาปรับปรุง 3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ 4) ประเมินผลการใช้ และการเผยแพร่ผลงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Development Research) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบคัดกรองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีขั้นตอนดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ แพทย์ทั่วไป จำนวน 1 ท่าน, เกสเซอร์ จำนวน 1 คน, นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน, กรรมการงานคัดกรอง จำนวน 18 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. แพทย์ทั่วไปที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลแห่งนี้อย่างน้อย 6 เดือน
2. เกสเซอร์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลแห่งนี้อย่างน้อย 1 ปี และประจำแผนกผู้ป่วยนอก
3. นักจิตวิทยาที่ดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
4. กรรมการงานคัดกรองที่ยังดำรงตำแหน่งกรรมการงานคัดกรองในชุดปัจจุบัน

ปัจจุบัน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคำถามของการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมประเด็นการบริหารจัดการคุณภาพบริการในแผนกและหอผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลและความคาดหวังในการดูแล ระบบบริการพยาบาลระดับประคอง การบริหารจัดการคุณภาพบริการ ปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนาคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 4 คน ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลระดับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้ค่า IOC เท่ากับ .93 พบว่า ข้อคำถามมีความชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ก่อนนำไปทดลองถามกลุ่มตัวอย่าง 2 คน เพื่อความเข้าใจในประเด็นคำถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในประเด็นคำถาม และสามารถให้ข้อมูลได้ถูกต้องตามข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 2 ครั้ง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 มีแนวคำถาม 4 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 1 คน (Note-taker) ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 0.30 – 1.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องก่อนสิ้นสุดการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) cited in Srivilai, (2016) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง
2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย กรรมการงานระดับประคอง จำนวน 18 คน ได้เสนอแนะและปรับปรุงโครงร่างที่ผู้วิจัยจัดทำมาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการดูแล



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

3. นำรูปแบบที่ได้ SGHAR model ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้มีการ
ปรับในประเด็นของการคัดกรองผู้ป่วย

4. นำรูปแบบที่ได้ SGHAR model ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
กับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

2. จัดทำรูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ในประเด็นความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และ
ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำคลินิก
ประคับประคอง, เกษตรกรที่รับผิดชอบงานด้านยาเคมีบำบัดและยาเลียงสูง, หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
และพยาบาลประคับประคองโรงพยาบาลศูนย์มะเร็งอุดรธานี พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า มีความ
เหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ รวบรวมร้อยละ 100 แต่มีข้อเสนอแนะในประเด็น
เพิ่มเติมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

3. แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จัดทำฉบับสมบูรณ์ แล้วนำเสนอให้หน่วยงานและ
รพ.สต. แต่ละแห่งได้ใช้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาประสิทธิภาพผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง
(Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test
Post-test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้ดูแล และพยาบาลที่รับผิดชอบงานประคับประคอง
กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในและนอนโรงพยาบาลมากกว่า 2 วัน
2. ญาติที่ดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาในโรงพยาบาล
3. พยาบาลรองหัวหน้าตึกหรือพยาบาลที่รับผิดชอบเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ประจำตึก (PCWN)



กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตรุนแรงญาติต้องการใส่ท่อช่วยหายใจเข้ารักษาใน ICU
2. ญาติที่ต้องการออกจากโครงการด้วยเหตุผลใดก็ตามหรือตัวผู้ป่วยต้องการออกจากโครงการ
3. พยาบาลรองหัวหน้าตึกหรือ PCWN ที่ไม่พร้อมเข้าร่วมโครงการ สามารถแจ้งความประสงค์ออกจากโครงการได้ไม่มีผลใด ๆ ต่อหน้าที่การทำงาน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลรองหัวหน้าตึกหรือ PCWN ประจำหน่วยงาน จำนวน 27 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 27 คน และ 3) ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 27 คน ญาติของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้ ประกอบด้วย สามี ภรรยาหรือลูก จำนวน 27 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007 cited in Wiratchai, 2012) ใช้ Test family เลือ ก t-test, Statistical test เลือ ก Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับใหญ่ Cohen (1988) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่มีอิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ประกอบด้วย เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกแบบประคับประคอง แนวทางการดูแลผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลแบบองค์รวมและการส่งต่อผู้ป่วยสู่สถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามประเมินอาการผู้ป่วย ใช้แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) มีคะแนนประเมิน 0 - 10 คะแนน นำมาปรับระดับเป็น 5 ระดับ ดังนี้ประเมินได้ 0 คะแนน เท่ากับ ระดับ 1 คือไม่มีอาการ, ประเมินได้ 1-3 คะแนนเท่ากับ ระดับ 2 คือมีอาการระดับเล็กน้อย, ประเมินได้ 4 - 6 คะแนน เท่ากับระดับ 3 คือ มีอาการระดับปานกลาง, ประเมินได้ 7 - 9 คะแนน เท่ากับระดับ 4 คือมีอาการระดับมากและประเมินได้ 10 คะแนนเท่ากับระดับ 5 คือมีอาการระดับมากที่สุด

2.2 แบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์



แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จากคะแนน 1 ถึง 5, คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด, คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด โดย แบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Best and Kahn (2006) cited in Yubolpan and Kuhirunyarat (2013) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดท่านผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.91 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อขออนุมัติทำวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบาย ขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายเหตุผล ขั้นตอนการดำเนินงานให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ESAS

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยนำ SGHAR Model เสนอกรรมการประคับประคองก่อนนำสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดไว้ใน SGHAR Model ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 รูปแบบ SGHAR Model รายละเอียดของกิจกรรม, ระยะเวลาดำเนินการและการประเมินผล

รูปแบบ SGHAR Model	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	การประเมินผล
S;Screening	ประชุม	- ประชุมชี้แจงรายละเอียดกรรมการทีมPC - นำข้อมูลการ Screening ลงสู่ผู้ปฏิบัติ	มีนาคม– สิงหาคม2565	จากการสะท้อนข้อมูล ของทีมปฏิบัติงาน
G;Guideline	ประชุม	- ประชุมชี้แจงรายละเอียดกรรมการทีมPC - ทบทวนวรรณกรรมความรู้ - จัดทำแนวทางการปฏิบัติ นำสู่การใช้ปฏิบัติ กับผู้ป่วย	มีนาคม- สิงหาคม 2565	จากการสะท้อนข้อมูล ของทีมปฏิบัติงาน
H;Holistic care	ประชุม	- ประชุมพยาบาลตัวแทนแต่ละงานเพื่อแจ้ง - ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม - นำส่งคู่มือการดูแลลงสู่ผู้ปฏิบัติ	มีนาคม– สิงหาคม2565	จากการสะท้อนข้อมูล ของทีมปฏิบัติงาน
A; Advance care plan	ทำกลุ่ม	- การทำ Advance care plan กับผู้ป่วยและ ครอบครัวทุกราย	มีนาคม– สิงหาคม2565	จากการสะท้อนข้อมูล ของทีมปฏิบัติงาน KPI
R;Referral	การส่งต่อ แบบไร้ รอยต่อ	- การส่งผู้ป่วยกลับบ้านและประสาน เจ้าหน้าที่พื้นที่ของผู้ป่วยทุกราย - ให้เบอร์โทรพยาบาลPCกับผู้ป่วยทุกราย	มีนาคม– สิงหาคม2565	จากการสะท้อนข้อมูล ของทีมปฏิบัติงาน KPI

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยตอบแบบประเมิน ESAS

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยเปรียบเทียบการได้รับการดูแลก่อนและหลังได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของญาติและความพึงพอใจของพยาบาลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้เลขจริยธรรมหมายเลข NKPH17/2565 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระดับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จากการสนทนากลุ่ม ได้วิเคราะห์เนื้อหาการสนทนาสรุปเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการให้บริการผู้ป่วยระดับประคองที่เพียงพอ บทบาทของ PCWN ไม่ชัดเจนและภาระงานที่มากได้แก่

กรรมการ (pc5) บอกว่า “น้องพยาบาลในตึกถามขั้นตอนการส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการคลินิกประคับประคอง พี่บอกไม่ได้” กรรมการ (pc9) บอกว่า “ผู้ป่วยที่จะรับบริการที่คลินิกประคับประคองต้องมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งนอกจากเป็นป่วยมะเร็ง” แพทย์บอกว่า “ไม่รู้จักคลินิกดูแลผู้ป่วยระดับประคอง” กรรมการ (pc11) ถามว่า “ถ้ามีผู้ป่วยระดับประคองมารับบริการต้องทำอะไร”

กรรมการ (pc12) “บทบาทของ PCWN ไม่ชัดเจน แต่ละงานตั้งขึ้นมาให้รับผิดชอบงานแต่ไม่เคยให้ไปอบรม ทำหน้าที่เก็บตัวชีวิตและแจ้ง PCN เมื่อมีการ consult ก็ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง” กรรมการ (pc15) “การดูแลแบบองค์รวมทำได้ยากภาระงานมากผู้ป่วยล้นตึก”

ความต้องการที่จำเป็นได้แก่ การฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแก่ทุกหน่วยงาน กรรมการ (pc14) “จัดอบรมภายใน โดยเชิญวิทยากรจากภายนอกหรือคุณหมอประคับประคองเป็นวิทยากรก็ได้ จัดเดือนหรือ 2 เดือนครั้งก็ได้” กรรมการ (pc17) “PCWN ควรได้รับการอบรมภายนอกบ้างอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง”

1.2 ด้านระบบบริการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายไม่แตกต่างจากผู้ป่วยในทั่วไป นอกจากผู้ป่วยที่แพทย์เขียน consult งานประคับประคอง ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะ แล้วแต่ผู้ป่วยและญาติต้องการห้องพิเศษ หรือสามัญ พยาบาลในตึกต่างๆ ปฏิบัติไม่เหมือนกัน

“ผู้ป่วยเข้ารับบริการประคับประคองจะต้องรอแพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาเท่านั้น พยาบาลไม่สามารถส่งปรึกษาได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า” กรรมการ (pc06)

“การดูแลผู้ป่วยประคับประคองในตึกก็ดูแลเหมือนผู้ป่วยทั่วไปแตกต่างถ้าแพทย์เขียน consult ประคับประคอง จะแจ้งแพทย์ประคับประคองและพยาบาล PCN ขึ้นมาร่วมดูแล” กรรมการ (pc09)



1.3 ด้านการให้บริการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ไม่มีการบันทึกการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จะเน้นการดูแลเรื่องทางร่างกายมากกว่า ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่สะท้อนผลลัพธ์ การปฏิบัติที่มีคุณภาพ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“พยาบาลจะให้การพยาบาลตามคำสั่งแพทย์แต่บางครั้งไม่ประเมินอาการหลังได้รับยา ว่าอาการเป็นอย่างไรไม่มีบันทึก” กรรมการ (pc13)

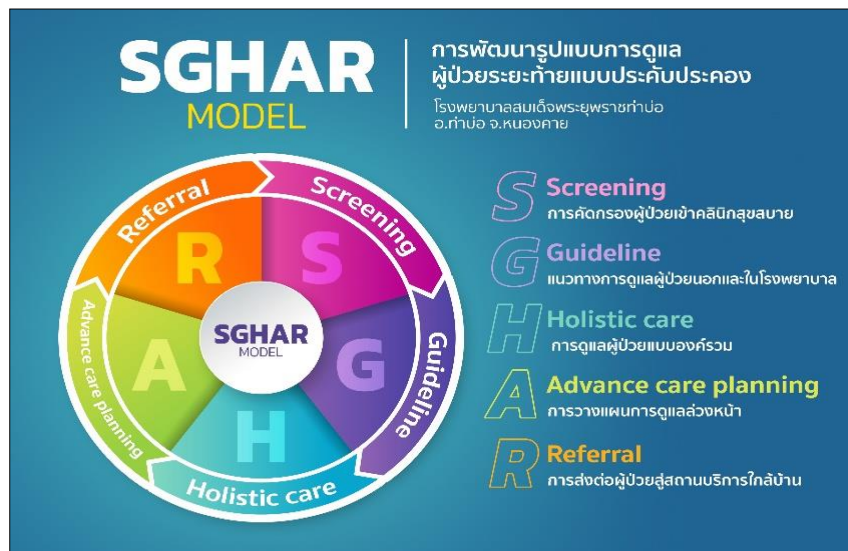
“แบบประเมินESASที่ใช้ประเมินอาการผู้ป่วยระดับประคอง พยาบาลในตึกไม่เคยใช้แบบ ESASประเมินอาการคนไข้ขณะดูแล” กรรมการ (pc10)

1.4 ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่เพียงพอหรือญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร ทำให้การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าไม่ได้ ผู้ป่วยไม่ได้บอกความต้องการครั้งสุดท้ายของตนเองหรือเลือกสถานที่สำหรับจากไปอย่างมีความสุขไม่ได้

“แพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้บอกรายละเอียดโรคของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ” กรรมการ (pc19)

“ผู้ป่วยบางรายมีลูกหลานหลายคนเวียนกันมาเฝ้าทำให้ไม่สามารถทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้” กรรมการ (pc02)

2. รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นการเน้นการเข้าถึงบริการ แนวทางการดูแลผู้ป่วย การดูแลแบบองค์รวม การวางแผนดูแลล่วงหน้า และการส่งต่อข้อมูลลงชุมชน



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ (SGHAR Model)

ตามภาพที่ 2 มีรายละเอียดขององค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วย (S: Screening) การทบทวนและกำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกประคับประคอง แพทย์หรือพยาบาลสามารถประเมินและส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกประคับประคองได้ถูกต้อง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น สะดวกรวดเร็วขึ้น

องค์ประกอบที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (G: Guideline) เขียนแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนให้บุคลากรแต่ละงานทราบว่าเมื่อมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองมารับบริการจะต้องดำเนินการอย่างไร แจ้งใครส่งและไปรับบริการที่ไหน ใครดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการในมาตรฐานเดียวกัน

องค์ประกอบที่ 3 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (H: Holistic care) ให้บริการผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลร่วมด้วย

องค์ประกอบที่ 4 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (A: Advance care plan) ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับครอบครัวและทีมดูแล

องค์ประกอบที่ 5 การรับส่งต่อผู้ป่วย (R: Referral) การรับส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชนทั้งภายในและภายนอกจังหวัดหนองคายให้ได้รับบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ โดยการบูรณาการ ประสานงาน และร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตที่รับผิดชอบ



3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คู่มือประกอบด้วย 6 ประเด็นสำคัญ 1) แบบการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกประคับประคอง 2) แนวทางปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย 3) การดูแลบรรเทาอาการเบื้องต้น 4) การประเมินอาการต่าง ๆ และแนวทางให้การพยาบาล 5) การใช้ยาในผู้ป่วยประคับประคอง และ 6) บทส่งท้าย คำกล่าวถวายสังฆทานและบทขอโหสิกรรม ซึ่งพบว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่จัดทำขึ้น ไม่มีหัวข้อในเรื่องการทำ advance care plan และไม่มีหน้าสารบัญจึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการค้นหาข้อมูลในคู่มือฉบับนี้

4. ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อไปใช้ ได้ผลดังนี้

4.1 ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 55.6, เพศหญิงร้อยละ 44.4, อายุเฉลี่ย 65.96 ปี อาการรบกวนที่ได้รับการดูแลรักษาขณะเข้ารับการรักษาในระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โดยการใช้แบบประเมินอาการ ESAS ก่อน-หลัง ได้รับการดูแลรักษาในระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

อาการรบกวน	Mean		S.D.	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ปวด	4.15	1.67	0.71	0.68
อ่อนเพลีย	3.48	1.96	0.58	0.43
คลื่นไส้ อาเจียน	1.11	1.04	0.32	0.19
วิตกกังวล	3.78	2.11	0.69	0.42
ง่วงซึม	1.89	1.15	0.97	0.30
เบื่ออาหาร	2.78	2.30	0.57	0.46
สบายดีทั้งกายและใจ	3.56	2.52	0.57	0.58
เหนื่อยหอบ	1.96	1.96	1.16	0.19

จากตารางที่ 2 พบว่า อาการต่าง ๆ ได้รับการดูแลรักษาให้มีอาการรบกวนผู้ป่วยลดลงทุกอาการ มากบ้างน้อยบ้าง อาการที่ได้รับการดูแลรักษาและมีอาการลดลงมากที่สุด อันดับ 1 ได้แก่ อาการปวด, อาการที่ลดลงมากเป็นอันดับ 2 ได้แก่ อาการวิตกกังวล, อาการที่ลดลงเป็นอันดับ 3 ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ส่วนอาการที่ลดลงเล็กน้อยไม่ค่อยมีความแตกต่าง ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่อ



อาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยมีอาการเหล่านี้รบกวนหรือเป็นอาการที่รบกวนผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างนี้เพียงเล็กน้อย

4.2 ด้านความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคอง พบว่า ผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7, เพศชาย ร้อยละ 33.3, อายุของผู้ดูแลอยู่ช่วงวัย 30 - 39 ปี ร้อยละ 37, ช่วงวัย 40-49 ปี ร้อยละ 22.2, ช่วงวัย 50-59 ปี ร้อยละ 18.5, เป็นลูกสาวร้อยละ 51.9, เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 33.3, เป็นหลาน ร้อยละ 11.1 ความพึงพอใจของครอบครัวในการมารับบริการจากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคองพบว่า มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 และมีเพียง 3 รายการที่ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ แพทย์พยาบาลได้มีการเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น, ท่านได้รับการช่วยเหลือ / แนะนำ / อำนวยความสะดวกเมื่อท่านมีปัญหา, ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคอง

รายการ	Mean	S.D.	ระดับ
1.การได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.78	0.42	มากที่สุด
2.การได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	4.67	0.62	มากที่สุด
3. การได้รับความสะดวกในการอยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.56	0.44	มากที่สุด
4.แพทย์พยาบาลมีการพูดคุย ชักถามอาการ/ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.74	0.44	มากที่สุด
5.แพทย์พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	4.56	0.57	มากที่สุด
6.แพทย์พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด	4.59	0.50	มากที่สุด
7.การได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสม	4.48	0.64	มาก
8.แพทย์พยาบาลได้มีการเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น	4.42	0.70	มาก
9.การได้รับความรู้และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน	4.56	0.57	มากที่สุด
10.ได้รับการช่วยเหลือ/ แนะนำ/ อำนวยความสะดวกเมื่อท่านมีปัญหา	4.47	0.48	มาก



4.3. ด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า เป็นพยาบาลหญิงร้อยละ 85.2 ,พยาบาลชายร้อยละ 14.8 ,อายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี ร้อยละ 51.9 ,อยู่ช่วง 40 – 49 ปี ร้อยละ 29.6 ,อยู่ช่วง 20 – 29 ปี ร้อยละ 18.5 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และความพึงพอใจในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

รายการ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	4.56	0.64	มากที่สุด
2. ทราบเกณฑ์การคัดกรองและสามารถการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกสุขสบายได้	4.59	0.57	มากที่สุด
3.สามารถประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ได้	4.44	0.64	มาก
4.สามารถจัดการอาการต่างๆเบื้องต้นในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้	4.41	0.63	มาก
5. รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากขึ้น	4.56	0.64	มากที่สุด
6. สามารถร่วมทำAdvance care planning ได้	4.19	0.68	มาก
7. สามารถให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ได้ถูกต้อง	4.44	0.64	มาก
8. สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อ รพ.สต. ใกล้บ้านได้	4.33	0.62	มาก
9. สามารถประสานพยาบาลประคับประคองได้สะดวกขึ้น	4.56	0.64	มากที่สุด
10.พึงพอใจรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	4.41	0.63	มาก

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาสถานการณ์พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สรุปเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siri (2022) ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของ Pleumjai (2020) พบว่า พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย



ระยะท้ายแบบประทับประคองไม่เพียงพอ ดังนั้นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อที่จะนำความรู้ ความเข้าใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.2 ด้านระบบบริการพยาบาล พบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายไม่แตกต่างจากผู้ป่วยในทั่วไป เป็นข้อจำกัดทางโครงสร้างและอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ การมีพยาบาลเฉพาะทาง PCN ร่วมกับ PCWN ช่วยกันประเมินดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคองน่าจะเป็นแนวทางที่ดีในการพัฒนาระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piyawattanaphong (2009) พบว่า ระบบการดูแลแบบประทับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ การศึกษาของ Jabprapai, Sosome, and Tacho (2021) พยาบาล PCWN สามารถประสานงานกับทีมองค์กรท้องถิ่นเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านต่างๆและร่วมดูแลผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ Sawasdeenarunat et al. (2015) พบว่า การมีพยาบาลเฉพาะทางทำหน้าที่เป็น Nurse care manager ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทุกด้านได้มากกว่า ดังนั้นการทำงานร่วมกันของทั้ง PCN, PCWN และสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

1.3 ด้านการให้บริการพยาบาล พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จะเน้นการดูแลเรื่องทางร่างกายมากกว่า ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่สะท้อนผลลัพธ์ของการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panuraj, Matchim, and Thongdee (2018) พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการดูแลแบบประทับประคองโดยรวมระดับปานกลาง ความรู้ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำและสอดคล้องกับการศึกษา (Stewart, Doody, Bailey and Moran, 2017 cited in Pleumjai, 2020) พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการทางกายเป็นส่วนใหญ่ ในประเด็นอื่น ๆ ของการใช้ทักษะการพยาบาลมีการบันทึกไว้น้อยมาก การบันทึกทางการพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพต่อไป

1.4 ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยเพียงพอหรือญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร ทำให้การวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยทำได้ไม่ดีนักและด้วยความเชื่อของครอบครัวที่ว่า “ถ้าผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หายจะทำให้อาการผู้ป่วยทรุดเร็วขึ้น” ซึ่งเป็นทัศนคติด้านลบที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประทับประคอง จึงเป็นความท้าทายในการช่วยปรับทัศนคติของครอบครัวผู้ป่วยต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย



ระยะท้ายแบบประทับประคอง แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม การดูแลต่อเนื่องและทบทวนวรรณกรรม ผลการวิเคราะห์พบรูปแบบสำคัญ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การคัดกรองผู้ป่วยทำได้ถูกต้องมากขึ้น บุคลากรทางแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะท้ายทั้งในโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง หรือกลุ่มโรคที่มีอาการไม่สุขสบายที่จัดการได้ยาก สมควรได้รับการดูแลแบบประทับประคองร่วมด้วย จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการดูแลแบบประทับประคองได้ง่าย และรวดเร็วขึ้น

2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคองเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดประสิทธิภาพ และเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคองที่โรงพยาบาลจัดทำไว้ สอดคล้องกับ Pleumjai (2020) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคองในโรงพยาบาลสงขลาที่มีองค์ประกอบ Guideline & Pathway เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

2.3 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นการให้บริการผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน การประสานภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อขอความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในบางราย (Boontong, 2008 In Inkong, 2015) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นการให้พยาบาล โดยมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นองค์รวมหน่วยเดียว เป็นการผสมผสานของกาย จิต และจิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanpeng et al. (2018) พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแล ผู้เครือข่ายชุมชนแบบไร้รอยต่อที่ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakulpong, Phokhwang, and Gnamwongwiwat (2017) ที่ได้พัฒนา “บ้านปันรักโมเดล” ที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้ดูแลตนเองเพื่อการอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมพร้อมเพื่อการตายดี

2.4 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่าผู้ป่วยส่วนมากไม่ต้องการที่จะนอนพักอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน อยากกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่การกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวก็ไม่ว่าจะต้องทำอย่างไรหากอาการของโรครุนแรงขึ้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงช่วยตอบโจทย์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกความต้องการในการรักษาล่วงหน้าเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ขอไม่ใช่ท่อช่วยหายใจ ขอไม่ต้องนวดหัวใจหรือการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ได้ประโยชน์ ทำให้สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ว่าจะทำอย่างไรกับชีวิตที่เหลืออยู่ ให้มีความสุขและอยู่ที่บ้าน



กับครอบครัว สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับ Nilmanat and Sae-chit, (2018) พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีผลต่อคุณภาพการดูแลระยะท้ายของชีวิต สอดคล้องกับ Jabprapai et al. (2021) พบว่าหลังทำ Advance Care Plan ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และยอมรับความเป็นไปตามธรรมชาติของชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะเครียดของครอบครัวลดลง ผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับคุณค่าชีวิตที่เหลือ ช่วยป้องกันการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา และได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการนำเสนอวิธีการดูแลแบบประคับประคองของ Ramsbottom and Kelley, (2014) cited in Pleumjai (2020) ที่มุ่งเน้นการวางแผนดูแลล่วงหน้า และครอบคลุมทุกมิติโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.5 การส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับโรงพยาบาลหรือชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ โดยถ้าผู้ป่วยอยู่ในเขตจังหวัดหนองคายจะส่งข้อมูลผ่านทางโปรแกรม Long Term Care ที่ใช้ร่วมกันภายในจังหวัดหนองคาย ส่วนการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกเขตจังหวัดหนองคายจะใช้เอกสารทางการแพทย์ในการส่งข้อมูล ส่วนในกรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องดูแลต่อเนื่องอย่างเร่งด่วนก็จะติดต่อกันผ่านทางโทรศัพท์หรือทาง Line ได้ทันทีเพื่อความรวดเร็วด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตตำบลท่าบ่อจะใช้การโทรผ่าน Line หรือใช้ VDO call ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ponsawat, Poonthong, Chanchom, Meenongwa, and Wiboonwipha (2017) ที่พบว่าระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีระบบการส่งต่อโดยใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์และมีกระบวนการจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ

3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จัดทำขึ้นไว้สำหรับให้พยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อและพยาบาลที่อยู่ในชุมชนหรือในรพ.สต. ได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tasprasit, Phimdee, Mongkolchai, Jullapan, and Puttatum (2013) เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยคู่มือการดูแลแบบประคับประคอง และระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่ายเช่นกัน

4. ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ



4.1 ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า อาการแทรกซ้อนที่รบกวนผู้ป่วยตามแบบประเมิน ESAS มีอาการลดลงทุกอาการหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rakchate et al. (2022) พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองภาพรวมผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการดูแลและการจัดการอาการปวด การจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้ระบายความรู้สึกและการยังมีความรู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมายและมีคุณค่า และการศึกษาของ Wimolphon and Kamwan (2013) พบว่าระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะท้ายทางเดินอาหารภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลลดต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.2 ด้านความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawasdeenarunat et al. (2015) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Simlee, Phuripanpinyo, Angkhanit, and Sornboon (2020) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากต่อการใช้รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ภูมราพีรคำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakchate et al. (2022) พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า ภาพรวมผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด โดยได้ปรึกษากับทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและแผนการดูแลผู้ป่วย ความใส่ใจของทีมดูแลต่ออาการของผู้ป่วย และครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วย

4.3 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่จัดทำขึ้น พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60 และระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการมีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติมาใช้และร่วมกันปรับปรุงระบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maneephong.(2008) พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก และสอดคล้องกับ Rakchate et al. (2022) พบว่า ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการ



ปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ Yodkolkij, Kanogsunthornrat, and Thiengthiantham (2018) พบว่าพยาบาลร้อยละ 100 มีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคไตไตใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยอาจต้องพัฒนาจากทักษะการปฏิบัติและการตระหนักรู้มากกว่าการกระทำตามแบบเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การที่ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ส่งผลให้เกิดความตระหนัก และเกิดการพัฒนาศักยภาพ มีความมั่นใจ ความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง จึงส่งผลให้การทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป

ผลจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล การพบปัญหาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหามา รวมทั้งการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีผลดีต่อทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะที่โรคลุกลามได้ดีขึ้น มีความปวดลดลง ความวิตกกังวลลดลง ความอ่อนเพลียลดลง มีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคน้อยลง ครอบครัวของผู้ป่วยก็มีความรู้สึกละอายและมีความพึงพอใจจากการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมากขึ้น สำหรับพยาบาลในตึกผู้ป่วยเมื่อมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลให้ศึกษาและเรียนรู้ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของทีมสหสาขาวิชาชีพในตึกผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความมั่นใจและพึงพอใจในการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากขึ้น สามารถแนะนำพยาบาลน้องใหม่หรือนุคลากรอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลได้ถูกต้อง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปดูแลที่บ้าน ทุกพ.ศ.ก็สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมภายใต้การใช้คู่มือฉบับเดียวกันหรือหากไม่เข้าใจหรือไม่มั่นใจในการให้บริการก็สามารถติดต่อพยาบาลประคับประคองประจำโรงพยาบาลได้ทั้งในและนอกเวลาราชการเพราะเราใช้คู่มือเดียวกันถือว่าเป็นหน่วยงานเดียวกันทั้งโรงพยาบาลและรพ.สต.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำรูปแบบการพัฒนาและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อไปใช้ในทุกหน่วยงานที่ให้บริการเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะ



ในการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและร่วมกันพัฒนาปรับปรุงระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศในการให้บริการ เป็นแหล่งเรียนรู้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
2. ศึกษาและพัฒนาการดูแลแบบไร้รอยต่อและการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย

รายการอ้างอิง (References)

- Chanpeng, N., Phongphum, Y., EkPhaknak, S., Sangthong, L., & Suknual, S. (2018). *This action research aims to develop plans and evaluation of health care integration for terminal cancer patients and terminal illness caretaker through seamless community networks.* (in Thai).
- Inkong, W. (2015). *Effectiveness of an Integrated Palliative Care Model at Weingsra Crown Prince Hospital, Surat Thani Province.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration School of Nursing Science Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai).
- Jabprapai, P., Sosome, B., & Tacho, S. (2021) Development of Palliative Care Model for End Stage Cancer Patients. *The Seamless Care of Phraputhabat Hospital Network*, 30(6), 1101 - 1111.
- Keramatikerman, M. (2020). Efficacy of complementary and alternative therapies in cancer patients: A systematic review. *Journal of scientific & technical research*, 29(1), 22126 - 22129.
- Maneepong, S. (2008). *The development of a patient care model terminal illness, critical illness ward, internal medicine Department of Internal Medicine Srinagarind Hospital.* Nursing Independent Study Report Master of Science in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (in Thai).
- National health commission. (2020). *Operational Definition Palliative care.* Retrieved February 02, 2023 from [https:// www. thailivingwill.in.th](https://www.thailivingwill.in.th). (in Thai).
- Nilmanat, K., & Saechit, K. (2018). Effects of a Case-Based Management Nursing Programme for Terminally ill Patients on Their Perception of Symptom-Induced Suffering and Terminal Care Quality. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(3), 51 - 66.



- Pairojkul, S. (2019) *Quality Standard for Palliative Care*. Khon Kaen: Klung Nanathum Publishing. Retrieved February 02, 2023 from <http://karunruk.org/home/index.php/component/content/article/91-content/135-quality-standards?Itemid=43>.
- Panuraj, S., Matchim, Y., & Thongthawee, B. (2018). *Palliative Care Knowledge of Nurses in Region 4 National Health service area and Its related Factors*. Retrieved April 03, 2023 from <https://www.researchgate.net/publication/links>.
- Piyawattanaphong, S. (2009). *Palliative care development for patients with terminal cancer in a tertiary hospital*. Doctor of Philosophy thesis. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai).
- Pleumjai, T. (2020). Management Model for Nursing Service Quality Developing of Palliative Care in Songkhla Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(1), 73 - 94.
- Ponsawat, B., Poonthong, S., Chanchom, K., Meenongwa, J., & Wiboonwipha, C. (2017). Development Implementing a seamless network for terminally ill patients Dong Hong Hae Health, Tambol Pathum, Amphoe Mueang Changhuad, Ubon Ratchathani. *Journal Health Science*, 26(5), 905 - 913.
- Rakchate, R., Udomluck, S., Siarun, K., Wongyai, P., & Chaipom, P. (2022) Development of Palliative and End of Life Care Model for Cancer Patients Based on the Participation of Cancer-Free Village Community Network, Lampang Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(2), 1 - 19.
- Sakulpong, K., Phokhwang, W., & Gnamwongwiwat, B. (2017) Development of Community-based Palliative Care Model for Patients with Cancer: A Case Study of Banpunruk Suratthani. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(special), 90 - 102.
- Sang, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jamal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 35 Cancer in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71, 209 - 249.
- Sawasdeenarunat, V., Taneerat, & Wisettharn, T. (2015). The Development of a Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 144 - 156.



- Simlee, A, Phuripanpinyo, N., Angkhanit, M., & Sornboon, A. (2020) A Model for Organizing a Case-based Bursing Service Network for Terminally Ill Patients in Karuna PeeKhumton Hospice Center, Roi Et Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(4), 112 - 121.
- Singweratham, N., & Nawsuwan, K. (2022) . Model and unit cost on Complimentary of Dhammanamai Principles Care of cancer patients at the end of life in Thailand. *Journal of Health Science Research*, 16(3), 136 - 150.
- Siri, A. (2022) . *Competency Nurse for palliative care and end-of-life care Mae Taeng Hospital Chiang Mai Province*. February 11, 2022 from <https://www.chiangmaihealth.go.th> › document
- Srivilai, K. (2016) Repeated Pregnancy among Adolescents: A Case Study in a Community Hospital, Southern Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(30), 142 - 152.
- Tasprasit, T., Phimdee, P., Mongkolchai, S., Jullapan, P., & Puttatum, Y. (2013). The Development of the Palliative Care System for End-of-Life Patients at Udonthani Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(2), 80 - 90.
- Wattanapradith, K., Buranasing, T., Na Nakorn, S., & Warapho, D. (2021) The Development of Leader Competencies by An Innovative Model for Enhancing Local Peace Engineer Resulting in the Building of Peaceful Community. *Journal of MCU Peace Studies*, 9(3), 895 - 907.
- Wimolphon, P., & Kamwan, P. (2013). Cancer Pain Management Guidelines, Pain Levels, Patient with Gastrointestinal Tract Cancer. *Nursing Journal*, 40(3), 85 - 96.
- Wiratchai, N. (2012). *Determining the sample size in research hypothesis testing. Lecture paper titled "Accurate and Modern Methods in Sample Size Determination" in the Research Zone project*. Organized by the Research Learning Center at the Research Learning Center building, Office of the National Research Council of Thailand (NRCT). 1 - 20. (in Thai).
- Yodkolkij, T., Kanogsunthornrat, N., & Thiengthiantham, R. (2018). Clinical Practice Guideline Implementation in Colorectal Disease Patients undergoing Abdominal Surgery. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 94 - 111.
- Yubolpan, S., & Kuhirunyarat, P. (2013). Opinions and expectations of public health officials who work in primary care units per public health performance evaluation in Nongbualamphu Province. *Journal of Community Health Development Khon Kaen University*, 1(3), 81 - 90.