รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล จังหวัดมหาสารคาม

ชมพูนุช พายุหะ, สิริมาพร นาศพัฒน์*, เพราพนิต สอนสิทธิ์*,*
*กาญจนา จันทะนุย**, กำทร ดานา****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการ 3 วงรอบ ระหว่าง ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ผู้ป่วยระยะท้าย 860 คน และญาติผู้ดูแล 860 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล มี 7 องค์ประกอบ คือ การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยและการให้ข้อมูลที่รอบด้าน การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย การให้การพยาบาลแบบประคับประคองตามระดับของสมรรถภาพผู้ป่วย การวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อข้อมูล และการติดตามเยี่ยมและประเมินผล หลังการพัฒนาทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลในระดับที่สูง และมีสมรรถนะการดูแลที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81$, $p < 0.001$) ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อระดับสมรรถภาพผู้ป่วยระยะประคับประคอง

คำสำคัญ: การบริการพยาบาล, การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยระยะท้าย, สถานชีวาภิบาล

---

* สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

** โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

*** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author: Kamthorn Dana, Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received 08/06/2025 *Revised 03/07/2025* *Accepted 03/07/2025*

A MODEL OF NURSING SERVICE FOR TERMINALLY ILL PATIENTS WITH NETWORK PARTICIPATION BY APPLYING THE CONCEPT OF CHEEWABHIBALN PALLIATIVE CARE CENTER, MAHA SARAKHAM PROVINCE

Chomphoonuch Payuha, Sirimaporn Nassapat*, Prowpanit Sonsit*,*

*Kanjana Jantanui**, Kamthorn Dana****

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop and study the effect of a model of nursing service for terminally ill patients with network participation, by applying the concept of cheewabhibaln palliative care center in Maha Sarakham Province. The study was conducted in three cycles between December 2023 and March 2025. The sample group consisted of 15 professional nurses and 202 patients with terminal illnesses and their family caregivers. Data were collected using data recording forms, questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and content analysis.

The study found that the model of nursing services for terminally ill patients has seven components: patient screening, diagnosis and providing comprehensive information, decision-making to enter the palliative care service system, assessment of the patient's level of activity ability, provision of palliative care according to the patient's level of fitness, discharge planning and information transfer, and follow-up visits and evaluation. After the intervention, nursing practice was achieved at a high level and the care competency was at an acceptable level, with a very high level of statistically significant positive relationship ($r = 0.81$, $p < 0.001$), resulting in improved functional performance in palliative care patients

.

Keywords: Nursing services, participation, terminally ill patients, cheewabhibaln palliative care center

* Mahasarakham Provincial Public Health Office

** Yangsi Surat Hospital, Mahasarakham Province

*** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เนื่องจากข้อมูลที่มีการรายงานพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ[1-2] ซึ่งปัจจุบันการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายยังมีข้อจำกัดหลายอย่าง[3] ได้แก่ การเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อที่ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง รวมถึงการขาดการเตรียมความพร้อมทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ[4]

แนวคิดสถานชีวาภิบาล (Cheewabhibaln Palliative Care Center) เป็นการดูแลชีวิตของผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตปัญญา อย่างต่อเนื่องผ่านกลไกจากโรงพยาบาลและการมีส่วนร่วมของบ้านและชุมชน[5] การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยสร้างระบบการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิต ความเป็นมนุษย์ และความเป็นปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการบริการ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย[6] ได้แก่ ภาครัฐ ประกอบด้วย โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคประชาสังคม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร มูลนิธิ สมาคมต่างๆ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรชุมชนต่างๆในภาคเอกชน การทำงานร่วมกันแบบบูรณาการนี้จะช่วยสร้างระบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เช่น การจัดประชุมทีมระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดหน้าที่ และการส่งต่อสู่ชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน[8] การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และการสนับสนุนของทีมสหวิชาชีพและชุมชน[9] ผลการลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ลดรอยต่อการดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม

ปัญหาและความต้องการ และส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

พื้นที่จังหวัดมหาสารคามมีศักยภาพและความพร้อมในการเป็นต้นแบบการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย[10] เนื่องจากมีจุดแข็งหลายอย่าง ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสาธารณสุขที่ชัดเจนและครอบคลุม ประกอบด้วยโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 178 แห่ง ความหลากหลายของเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน และองค์กรศาสนาต่างๆ ประเพณีวัฒนธรรมการช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่เข้มแข็งตามแนวคิดความเชื่อที่ฝังรากลึกในสังคมอีสาน รวมถึงการมีภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพร การนวดแผนไทย และพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้การศึกษาสามารถสะท้อนความต้องการและปัญหาที่แตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม การศึกษาวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพการดูแล และลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผลการวิจัยจะสามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพื้นที่ชนบทอื่นๆ ของประเทศ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือแบบยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังจะเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับชาติ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา (Method) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participator action research) ดำเนินการระหว่าง เดือนธันวาคม 2566 - มีนาคม 2568

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and method) การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ระยะเวลา 5 เดือน (เดือน ธ.ค. 2566 - พ.ค. 2567) **การวางแผน** (Plan) ระยะเวลา ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูล

สถานการณ์ปัจจุบัน โดยการทบทวนเอกสาร ศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากเวชระเบียน แฟ้มครอบครัว และรายงานการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประครองเพื่อวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวคิด Palliative Care ขององค์การอนามัยโลก[11] โดยการประชุมระดมสมองแบบมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายจาก 13 อำเภอ รวม 92 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน รวม 147 คน เพื่อทราบประเด็นความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน นำสู่การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา 3) การคืนข้อมูลและการวางแผนร่วม โดยประชุมคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดคืนข้อมูลผลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากข้อ 1 และ 2 เพื่อการจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดโครงการและกิจกรรมพัฒนา และการกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน 4) การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงเกิดโครงการพัฒนาคู่มือ แนวปฏิบัติการพยาบาล **การปฏิบัติ** (Act) ระยะเวลา กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567 ดำเนินการโดย 1) การพัฒนาบุคลากรทีมสหวิชาชีพจากทุกอำเภอ โดยการอบรมอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการจัดการอาการรบกวน (Symptoms Management) การดำเนินงานสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล ร่วมกับกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Management) ระหว่างผู้ปฏิบัติ 2) การพัฒนาแนวทางบริการการพยาบาล เพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ประยุกต์จากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข[12] 3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละอำเภอ จากนั้นให้ทีมปฏิบัติงานนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน **การสังเกต** (Observe) ระยะเวลา เดือน เมษายน 2567 เป็นการติดตามแบบมีส่วนร่วม โดยสังเกตการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน สังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น **การสะท้อนผล** (Reflection) ระยะเวลา เดือน พฤษภาคม 2567 1) ด้านบุคลากรพยาบาลชุมชนยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลในด้านทักษะการให้ยาและการจัดเก็บมอร์ฟีน 2) ด้านระบบการส่งต่อ พบการส่งต่อข้อมูลล่าช้า ไม่ทันต่อ

ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งต้องปรับปรุงระบบการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน 3) ด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ มีอาการรบกวนเช่นคลื่นไส้อาเจียน ต้องพัฒนาแนวทางการจัดการอาการเฉพาะและการดูแลทางโภชนาการ

วงรอบที่ 2 ระยะเวลา 6 เดือน (เดือน มิ.ย. - พ.ย. 2567) ดำเนินการดังนี้ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและระดมสมองร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลชุมชน เกิดการพัฒนาแนวทางการนิเทศการพยาบาลทุกอำเภอ การพัฒนาส่งต่อข้อมูลทางไลน์กลุ่ม 2) คืนข้อมูลให้กับชุมชนผ่านตัวแทนผู้นำชุมชนและตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ทำให้เกิดโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกอำเภอ จากนั้นติดตามประเมินผล พบว่า ผู้ดูแล (Care giver) และ อสม. ขาดทักษะในการประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ในการจัดการการดูแล

วงรอบที่ 3 ระยะเวลา 4 เดือน (เดือน ธ.ค. 2567 - มี.ค. 2568) คืนข้อมูลร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) และเครือข่ายชุมชน กิจกรรมการฝึกทักษะการประเมิน PPS ให้ทีม อสม.และผู้ดูแล โดยมีผู้ที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงในหมู่บ้านของตนเอง และมีการติดตามประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและวัด จำนวน 860 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เกณฑ์การคัดเข้า คือได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรค อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้หรือมีญาติผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนรุนแรงหรือมีปัญหาทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เสียชีวิตก่อนการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น และขอถอนตัวจากการวิจัย

2) ญาติผู้ดูแล จำนวน 860 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะท้าย อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประจำ เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถติดต่อได้หรือไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอถอนตัวจากการวิจัย

3) พยาบาลวิชาชีพ Palliative Care Nurse: PCN ที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพและปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และคัดกลุ่มที่ย้ายที่อยู่หรือสถานที่ปฏิบัติงานหรือเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบออกจากการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มระดมสมอง (2) แนวทางการบริการพยาบาล 7 ขั้นตอน[12] คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยและการให้ข้อมูล 3) การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 4) ประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย 5) การให้การพยาบาลแบบประคับประคอง 6) การวางแผนการจำหน่ายส่งต่อข้อมูล 7) การติดตามเยี่ยมและประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS)[12] จำนวน 7 ด้าน คะแนนเต็ม 100% หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ปกติ และ 0 หมายถึง เสียชีวิต 2) แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton symptom assessment system: ESAS)[12] จำนวน 10 ข้อ คือ อาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร อาการสบายดีทั้งกายและใจ การหอบเหนื่อยและปัญหาอื่นๆ การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นๆ และ 10 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด 3) แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ตามรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์กรอนามัยโลก[10, 13] จำนวน 13 ข้อ คำตอบ 5 ระดับ (5 = การปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นสูงมาก และ 1 = การปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นต่ำมาก) แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป (สูงมาก),3.50-4.49 (สูง), 2.50-3.49 (ปานกลาง), 1.50-2.49 (ต่ำ) <1.50 (ต่ำมาก) 4) แบบบันทึกมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเป็นแบบบันทึกผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน 5) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลประคับประคอง ผู้วิจัยประยุกต์จากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข[13] ประกอบด้วย 6 สมรรถนะหลัก คือ ด้านที่ 1 ความสามารถในการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 67 ข้อ, ด้านที่ 2 ความสามารถในการสร้างพลังอำนาจ 15 ข้อ, ด้านที่ 3 ความสามารถในด้านการให้คำปรึกษาเชิงลึก 23 ข้อ, ด้านที่ 4 ความสามารถด้านจริยธรรมและกฎหมาย 16 ข้อ, ด้านที่ 5 ความสามารถในด้านการทำงานเป็นทีมและการประสานงาน 15 ข้อ ด้านที่ 6 ความสามารถในด้านการเป็นผู้นำ 19 ข้อ รวม 135 ข้อ การให้คะแนนโดย 1 หมายถึง แสดงพฤติกรรม และ 0 หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรม คำนวณค่าคะแนนที่ได้ โดยใช้สูตร

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนรวมทั้งหมด } (135)} \text{ X } 100$$

แปลผล โดยคะแนน ≤ 30% หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมด้านนี้เลยหรือมีการแสดงพฤติกรรมด้านนี้บ้างแต่ไม่เด่นชัด คะแนน 31 - 60% หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมด้านนี้บ้าง คะแนน 61 - 75% หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมด้านนี้ในระดับปานกลาง คะแนน 76 - 90% หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมด้านนี้ในระดับที่ยอมรับของคนทั่วไป คะแนน 91 - 100% หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมด้านนี้อย่างเด่นชัด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย และสถิติ Pearson product moment และ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 17/2566 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา (Results)

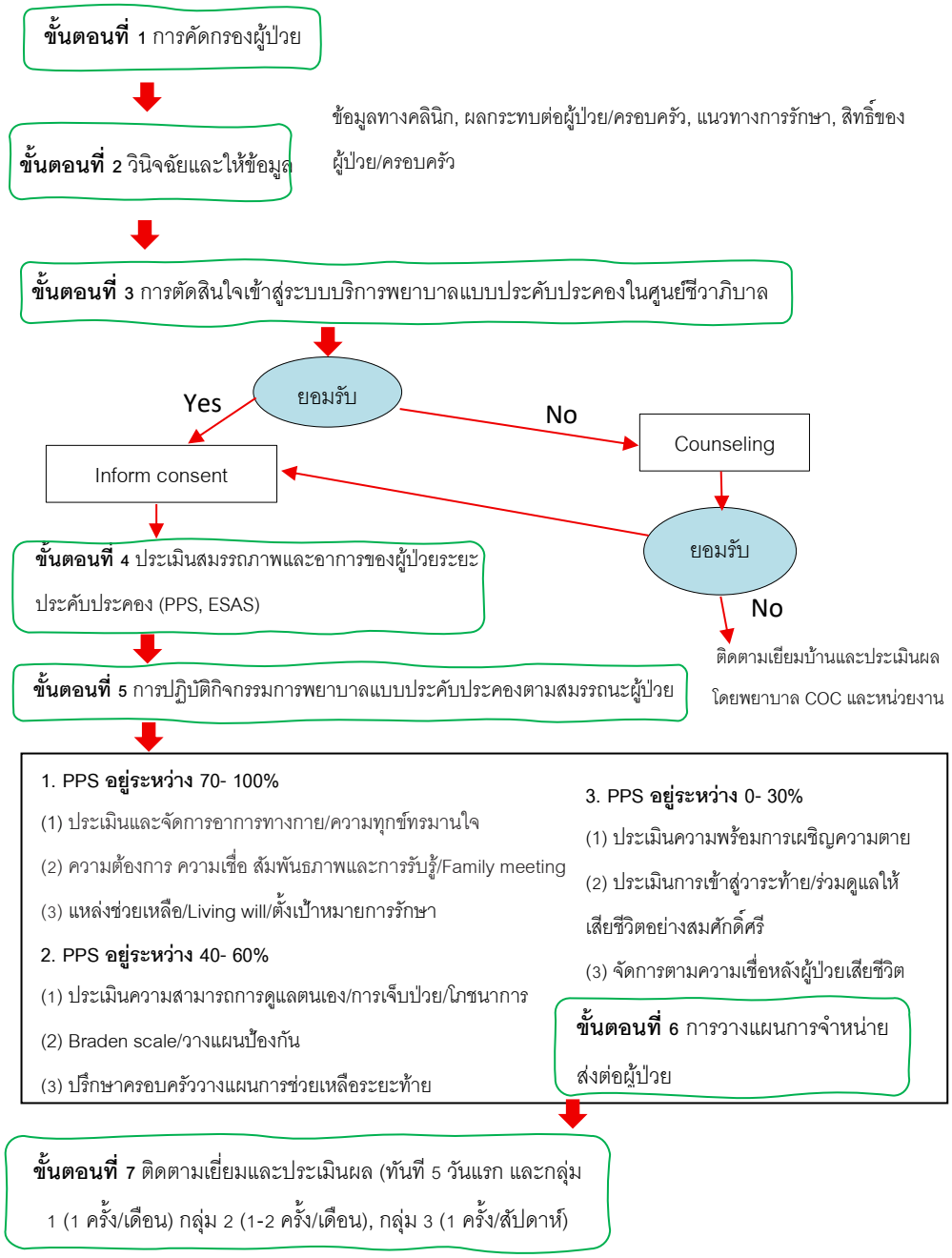
1. **รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล จังหวัดมหาสารคาม** มีองค์ประกอบ 7 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายโดยทีมสหวิชาชีพ 2) การวินิจฉัยและการให้ข้อมูลที่รอบด้านทางคลินิก ผลกระทบต่อผู้ป่วย/ครอบครัว แนวทางการรักษา และสิทธิ์ของผู้ป่วย/ครอบครัว 3) การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 4) ประเมินสมรรถภาพและอาการของผู้ป่วยระยะประคับประคอง (PPS, ESAS) 5) การปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองตามระดับของสมรรถภาพผู้ป่วย 6) การวางแผนการจำหน่ายส่งต่อข้อมูลและ 7) การติดตามเยี่ยมและประเมินผล ดังภาพที่ 1

2. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 55.81) มีอายุเฉลี่ย 68.50 ± 11.20 ปี การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 60.47) รองลงมาคือโรคไต (ร้อยละ 20.93) ส่วนกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.41) มีอายุเฉลี่ย 48.32 ± 13.7 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อน (ร้อยละ 69.83)

3. **บทบาทของทีมสหวิชาชีพในสถานชีวาภิบาล** ทีมบุคลากรสหวิชาชีพปฏิบัติงานด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) เชื่อมโยงการดูแลที่บ้าน ให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย จัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลในชุมชน หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล/พยาบาลประจำศูนย์

ชีวาภิบาล ทำหน้าที่กำกับติดตามบูร ณาการ
การดูแลเชื่อมโยงการดูแลประคับประคอง
ระหว่างจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ให้คำปรึกษา
เครือข่ายปฐมภูมิของพื้นที่ ประสานการดูแล
และจัดการฐานข้อมูล
ในเครือข่ายบริการสุขภาพ และทีมปฐมภูมิ มี
หน้าที่ รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการที่
บ้าน/ชุมชน/ศูนย์ชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล
ประเมินและจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า
(Advance care planning) ให้การพยาบาล
ตามมาตรฐาน จัดบริการคลินิกหมอ
ครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ และ
เยี่ยมบ้านและให้การดูแลที่บ้าน (Home
care)

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล จังหวัดมหาสารคาม



ภาพที่ 1 รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม

4. ผลการดำเนินงานการบริการสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลตามมาตรฐาน

จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการจัดตั้งและเปิดสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล ครอบคลุมทุกอำเภอ พบว่าในปี 2568 (ระยะเวลา 4 เดือนแรก) มีเป้าหมาย 13 แห่ง และสามารถจัดตั้งได้ 19 แห่ง (คิดเป็น 146% ของเป้าหมาย) ทั้งนี้หลังดำเนินการพัฒนา พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานโดยการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ประกอบด้วย อบรมแพทย์ (หลักสูตร 8 สัปดาห์) จำนวน 3 คน, อบรมเภสัชกร (หลักสูตร 2 สัปดาห์) จำนวน 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ (หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 3 คน, หลักสูตร 6 สัปดาห์ จำนวน 10 คน, หลักสูตร 4 สัปดาห์ จำนวน 24 คน และหลักสูตร 3-5 วัน จำนวน 60 คน) ผลการดำเนินงาน การทำ Advance care plan 3 ปีย้อนหลัง คือ ปี 2566 เป้าหมาย 3,450 ผลงาน 2,332 (ร้อยละ 67.59) ปี 2567 เป้าหมาย 4,022 ผลงาน 2,996 (ร้อยละ 74.49) และปี 2568 เป้าหมาย 2,262 ผลงาน 1,744 (ร้อยละ 77.10) ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ระบุไว้ ร้อยละ 75.00

5. ผลลัพธ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาล

ผลการศึกษาผู้ป่วย 860 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน PPS อยู่ที่ร้อยละ 52.42% (SD = 18.64) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในช่วง 40-50% (ร้อยละ 41.86) คือ สามารถดูแลตนเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS 60-70% มีจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 26.74) และผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่า 30% มีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 13.95) สำหรับผลการประเมิน ESAS พบว่าอาการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความเหนื่อยอ่อนเพลีย (6.81 ± 2.15 คะแนน) อาการปวด (5.92 ± 2.44 คะแนน) และอาการเบื่ออาหาร (5.24 ± 2.66 คะแนน) ในขณะที่อาการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ อาการคลื่นไส้ (2.15 ± 1.86 คะแนน) และการหอบเหนื่อย (2.47 ± 2.02 คะแนน) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS ต่ำมักมีอาการทางกายและจิตใจที่รุนแรงมากขึ้นตามลำดับ ($r = -0.68$, $p < 0.001$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงผลการประเมินและอาการของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ตัวแปร/อาการ	Mean/SD	Median	พิสัย	จำนวน (%)	การแปลผล/ระดับ
Palliative Performance Scale (PPS)					
ระดับ 80-100%	-	-	-	150 (17.44)	ปฏิบัติกิจกรรมได้ปกติ
ระดับ 60-70%	-	-	-	230 (26.74)	ลดลงเล็กน้อย
ระดับ 40-50%	-	-	-	360 (41.86)	ต้องการความช่วยเหลือมาก
ระดับ 20-30%	-	-	-	100 (11.62)	ดูแลอย่างใกล้ชิด
ระดับ 0-10%	-	-	-	20 (2.33)	ระยะสุดท้ายของชีวิต
คะแนนรวม PPS (%)	52.42 ± 18.64	50.00	10-90	860 (100.0)	ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)					
ความเหนื่อยอ่อนเพลีย	6.81 ± 2.15	7.00	2-10	860 (100.00)	รุนแรง
อาการปวด	5.92 ± 2.44	6.00	0-10	780 (90.72)	ปานกลาง-รุนแรง
เบื่ออาหาร	5.24 ± 2.66	5.00	0-10	740 (86.02)	ปานกลาง
ง่วงซึม	4.75 ± 2.31	5.00	0-9	690 (80.24)	ปานกลาง
ซึมเศร้า	4.12 ± 2.82	4.00	0-10	620 (72.12)	ปานกลาง
วิตกกังวล	3.83 ± 2.54	4.00	0-9	580 (67.41)	เล็กน้อย-ปานกลาง
ความสบายดีทั้งกายและใจ	3.23 ± 2.11	3.00	0-8	510 (59.34)	เล็กน้อย
การหอบเหนื่อย	2.47 ± 2.02	2.00	0-8	430 (50.00)	เล็กน้อย
คลื่นไส้	2.15 ± 1.86	2.00	0-7	380 (44.23)	เล็กน้อย
ปัญหาอื่นๆ	1.94 ± 1.65	1.00	0-6	290 (33.72)	เล็กน้อย
คะแนน ESAS รวม	40.17 ± 15.82	38.00	12-78	860 (100.00)	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ระหว่าง PPS-ESAS	r = - 0.68	-	-	p < 0.001	สัมพันธ์เชิงลบสูง

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวคิด WHO อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.25 ± 0.38) และมีสมรรถนะพยาบาลประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 75.72 ± 8.45) โดยการปฏิบัติและสมรรถนะทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.81, p < 0.001) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ผลการประเมินและความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (n=15)

รายการประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล			สมรรถนะพยาบาล			r
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ	
ด้านที่ 1 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว							
การประเมินความเจ็บปวดแบบองค์รวม	4.53	0.52	สูงมาก	85.31	8.21	ยอมรับได้	0.72**
การจัดการอาการทางกายอย่างเหมาะสม	4.47	0.64	สูง	82.14	9.52	ยอมรับได้	0.68**
การสนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	4.20	0.56	สูง	74.24	12.35	ปานกลาง	0.75**
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	4.33	0.49	สูง	76.86	10.14	ยอมรับได้	0.69**
รวมด้านที่ 1	4.38	0.42	สูง	78.52	7.81	ยอมรับได้	0.79
ด้านที่ 2 การสร้างพลังอำนาจ							
การส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วย	4.27	0.46	สูง	78.92	11.25	ยอมรับได้	0.65*
การเสริมสร้างความเชื่อมั่น	4.13	0.64	สูง	68.31	13.72	ปานกลาง	0.71**
การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	4.07	0.70	สูง	74.51	12.82	ปานกลาง	0.63*
รวมด้านที่ 2	4.16	0.561	สูง	73.62	9.44	ปานกลาง	0.73
ด้านที่ 3 การให้คำปรึกษาเชิงลึก							
การรับฟังและเข้าใจ	4.33	0.49	สูง	75.84	10.51	ยอมรับได้	0.67**
การให้คำแนะนำเชิงจิตวิทยา	3.93	0.80	สูง	67.05	14.22	ปานกลาง	0.74**
การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	4.33	0.49	สูง	71.45	11.84	ปานกลาง	0.69**
รวมด้านที่ 3	4.20	0.48	สูง	71.44	8.91	ปานกลาง	0.76
ด้านที่ 4 จริยธรรมและกฎหมาย							
การเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์	4.60	0.41	สูง	87.55	7.31	ยอมรับได้	0.58*
การเคารพสิทธิผู้ป่วย	4.40	0.51	สูง	80.91	9.82	ยอมรับได้	0.61*
การรักษาความลับ	4.27	0.46	สูง	84.22	8.54	ยอมรับได้	0.55*
รวมด้านที่ 4	4.42	0.38	สูง	84.23	6.74	ยอมรับได้	0.64
ด้านที่ 5 การทำงานเป็นทีมและการประสานงาน							

รายการประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล			สมรรถนะพยาบาล			r
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ	
การสื่อสารกับทีม	4.33	0.49	สูง	79.31	10.74	ยอมรับได้	0.70**
การบันทึกและติดตามผลการดูแล	4.40	0.51	สูง	74.50	12.16	ปานกลาง	0.66**
การใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแล	4.13	0.64	สูง	76.94	11.32	ยอมรับได้	0.72**
รวมด้านที่ 5	4.29	0.43	สูง	76.94	8.23	ยอมรับได้	0.74
ด้านที่ 6 ความเป็นผู้นำ							
การริเริ่มและพัฒนา	4.13	0.64	สูง	72.11	13.54	ปานกลาง	0.68**
การเป็นแบบอย่าง	3.87	0.74	สูง	67.33	15.21	ปานกลาง	0.71**
การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.13	0.64	สูง	69.74	12.83	ปานกลาง	0.73**
รวมด้านที่ 6	4.04	0.56	สูง	69.73	9.14	ปานกลาง	0.77
ภาพรวม							
การปฏิบัติตามรูปแบบ WHO	4.25	0.38	สูง	-	-	-	-
สมรรถนะพยาบาลประคับประคอง	-	-	-	75.72	8.45	ยอมรับได้	-
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	-	-	-	-	-	-	0.81***

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

วิจารณ์ (Discussions)

รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง 7 ขั้นตอนที่พัฒนาขึ้นเริ่มต้นด้วยการคัดกรองโดยทีมสหวิชาชีพช่วยให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม การใช้เครื่องมือมาตรฐานอย่าง PPS และ ESAS ทำให้การประเมินมีความเป็นรูปธรรมและสามารถเฝ้าระวังและติดตามความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ การที่มีขั้นตอนการวางแผนการจำหน่ายส่งต่อข้อมูลและการติดตามเยี่ยมบ้าน แสดงให้เห็นถึงการมองในมิติภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการทำงานแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน บทบาทที่ชัดเจนของแต่ละตำแหน่งของทีมสหวิชาชีพ ช่วยลดความ

ซ้ำซ้อนของการทำงานและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล การที่ทีมบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแลและบริการผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่การรับส่งต่อผู้ป่วย การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน แสดงให้เห็นถึงการกระจายบทบาทที่เหมาะสมและการใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ[14]

ผลลัพธ์การศึกษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 860 ราย คือ ด้านระดับสมรรถภาพผู้ป่วยระยะประคับประคอง ค่าเฉลี่ย PPS ที่ 52.42% สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก แต่ยังคงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง ซึ่งเป็นช่วงที่เหมาะสมสำหรับให้การพยาบาลดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐาน ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว[15] ด้านอาการของผู้ป่วยพบว่าการที่ความเหนื่อยอ่อนเพลียมีคะแนนสูงสุด (6.81 คะแนน) สอดคล้องกับธรรมชาติของโรคในระยะท้าย อาการปวดที่อยู่ในปัญหาที่รองลงมา (5.92 คะแนน) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการอาการปวดในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ และผลการศึกษายังพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างตัวแปร PPS และ ESAS (r = -0.68) ซึ่งเป็นผลลัพธ์การศึกษาที่สนับสนุนทฤษฎีที่ว่าเมื่อสถานะและระดับสมรรถภาพผู้ป่วยระยะประคับประคองลดลง อาการต่างๆ มักจะทวีความรุนแรง[16] และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลการศึกษายังพบว่า การที่พยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลในระดับสูง (4.25 คะแนน) และมีสมรรถนะการดูแลที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 75.72) แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของบุคลากรทางการพยาบาลในการดำเนินงานให้บริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ความสัมพันธ์เชิงบวกสูงมากระหว่างการปฏิบัติและคะแนนสมรรถนะ (r = 0.81) สะท้อนให้เห็นว่าการมีสมรรถนะทางการพยาบาลที่ดีส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงขึ้น[17] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[18] ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเพิ่มคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดสถานชีวาภิบาลดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ครอบคลุมทุกมิติของความต้องการการดูแล ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนผ่านกลไกการมีส่วนร่วม[5] แนวคิดนี้ช่วยให้มีความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนแบบองค์รวมและบูรณาการกับทีมที่เกี่ยวข้อง เป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

และครอบครัวอย่างแท้จริง ถึงแม้ผลการศึกษาครั้งนี้จะเกิดผลสำเร็จ แต่มีประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติม เช่น การพัฒนาแนวทางการจัดการความเหนื่อยอ่อนเพลียและอาการปวดอย่างเฉพาะเจาะจง เนื่องจากเป็นอาการที่มีความรุนแรงสูง และอาจวางแผนการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการบริการ

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เช่น เป็นการดำเนินงานในพื้นที่เฉพาะซึ่งอาจส่งผลต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน การไม่ได้ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบริการ รวมถึงการที่ไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความแตกต่างทางวัฒนธรรมในการรับรู้และการจัดการกับการเจ็บป่วยระยะท้าย

ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คือ การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยและการให้ข้อมูลที่รอบด้าน การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย การให้การพยาบาลแบบประคับประคองตามระดับของสมรรถภาพผู้ป่วย การวางแผนการจำหน่ายส่งต่อข้อมูลและการติดตามเยี่ยมและประเมินผล ทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง และมีสมรรถนะการดูแลที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อระดับสมรรถภาพผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1) ควรขยายผลรูปแบบนี้สู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 2) ควรพัฒนาแนวทางการจัดการอาการที่เจาะจงเฉพาะผู้ป่วยเนื่องจากเป็นอาการที่มีความรุนแรงสูง และ 3) ควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบบริการปฐมภูมิและนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นกิจกรรมที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม การศึกษานี้พบว่ารูปแบบบริการพยาบาลสามารถเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลได้ดีขึ้น และช่วยให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลและจัดการอาการของผู้ป่วยระยะท้ายได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลที่มีค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Insamran W., Sangrajrang S. National Cancer Control Program of Thailand. **APJCP**. 2020; *21*(3): 577–582. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.3.577

2. Nilmanat K. Palliative care in Thailand: Development and challenges. **Canadian oncology nursing journal**. 2016; *26*(3): 262–264.

3. Nilmanat K., Promnoi C., Phungrassami T., Chailungka P., Tulathamkit K., Noo-urai P, et al. Moving Beyond Suffering: The Experiences of Thai Persons with Advanced Cancer. **Cancer Nursing**. 2015; 38(3): 224–231. doi:10.1097/NCC.0000000000000169

4. Suratako S., Matchim Y. Palliative care programmes for people with conditions other than cancer in Thailand: a literature review. **IJPN**. 2023; 29(8): 374–384. doi:10.12968/ijpn.2023.29.8.374

5. Health Administration Division. **Guide to implementing the 2024 cheewabhibaln palliative care center policy**. [online] 2024 [cited 8 Jun 2025]. Available from: https://moph.cc/VZojBI1w3

6. Black R., Hasson F., Slater P., Beck E., McIlfatrick S. Building public engagement and access to palliative care and advance care planning: a qualitative study. **BMC palliative care**. 2024; *23*(1): 98. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01420-8

7. Kim Y., Kim D. H. Interventions for family involvement enhance end-of-life care for hospitalized patients: an integrative review. **BMC nursing**. 2024; *23*(1): 917. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02538-z

8. Phadungsri P., Ladla A. Development of Care Model for Patients with End Stage of Cancer: from Hospital to Home Ubonrat Hospital, Khon-Kaen Province. **Journal of Nursing and Health Care**. [online] 2019; 37(2): 119-207. [in Thai]. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/200869

9. Dokmai P., Meemon N., Paek S. C., Tayjasanant S. Structure and process of palliative care provision: a nationwide study of public hospitals in Thailand. **BMC Health Services Research**. 2021; 21(1): 616. https://doi.org/10.1186/S12913-021-06623-W

10. Nuengwongsa M., Sansri N., Kakarndee A., Naruenatthanasat N. The Development Palliative Care System Mahasarakham Hospital. **Mahasakham Hospital Journal**. [online] 2024; 21(1): 216-230. [in Thai]. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/267579

11. World Health Organization. **Planning and implementing palliativecareservices. A guide for programme managers.** Geneva: World Health Organization; 2016.

12.Nursing Division Ministry of Public Health. **Palliative nursing care system**. Suea Tawan Publishing Company Limited; 2016. [in Thai].

13.Subwongcharoen N., Chintapanyakun T. Role of Palliative Care Nurses in Tertiary Hospitals. **Journal of The Royal Thai Army Nurses**. [online] 2020; 21(1): 26-34. [in Thai]. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/203234

14. Rodríguez, J. E., & Zink, T. M. Addressing the Use of Teams in Primary Care. **Annals of Family Medicine**. 2021; 19(5): 386–387. https://doi.org/10.1370/afm.2741

15. Bagcivan G., Seven M., Seven M., Pasalak S. I., Bilmiç E., Bilmiç E., et al. Palliative care needs of the cancer patients receiving active therapy. **Supportive Care in Cancer**. 2022; 30(1): 749–756. doi:10.1007/s00520-021-06485-2

16. Nordahl H., Wells A. Social anxiety and work status: the role of negative metacognitive beliefs, symptom severity and cognitive-behavioural factors. **Journal of Mental Health**. 2020; 29(6): 1–5. doi:10.1080/09638237.2017.1340622

17. Chimchalong R. Palliative nurse specialist competencies and the role of nurse in palliative care. **Royal Thai Army Medical Journal**. [online] 2021; 74(3): 233-239. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/view/247134

18. Fadlilah N., Muhith A., Setiyowati, E. Nurses' Spiritual Competence Towards Spiritual Care and Patient Satisfaction: A Systematic Review. **JANH**. 2024; 6(2): 270–281. https://doi.org/10.55018/janh.v6i2.256