

การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of Palliative Care System for Terminally Ill Patients,
Phra Phrom District Health Service Network, Nakhon Si Thammarat Province

ภัทราวดี ทองสร้อย* สุตชญา อนันตสุข และนิตา ดิษฐาน
Pattarawadee Thongsroi, Suchada Anantasuk and Nisa Ditsathan

โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

*Corresponding author, e-mail: pattarawadeetawan@gmail.com

Received: 25 June 2025; Revised: 29 July 2025; Accepted: 5 September 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ 2) พัฒนาระบบในการดูแล และ 3) ประเมินประสิทธิผลของระบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ สหวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม คำถามในการสนทนากลุ่ม ระบบ 2S-PH Center และเอกสารทฤษฎีภูมิแบบสอบถามผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแล มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 และ 0.81 สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา One Sample t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test และ One Sample t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปี 2565 – 2567 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นประมาณครึ่งหนึ่งในแต่ละปี การดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความไม่ชัดเจนในหลายประเด็น เช่น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อประเมินผู้ป่วยที่โรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน บุคลากรที่อยู่ในเครือข่ายยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง ขาดการประสานงานภายในเครือข่าย 2) ระบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 2S-PH Center Model และ 3) หลังพัฒนาระบบการดูแล ผลลัพธ์การดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.52 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80.00) ภาระการดูแลมีคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สหวิชาชีพมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 80 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามระบบฯ มีคะแนนการปฏิบัติมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่กำหนด (ร้อยละ 80) จากผลการวิจัย ยังพบประเด็นผู้ดูแลมีความกังวล ฉะนั้น โรงพยาบาลและรพ.สต. ในเครือข่ายควรจะต้องพัฒนาโปรแกรมลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติมีการประเมิน POS แกร็บ และเจ้าหน้าที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้รับผิดชอบจึงควรจะต้องมีการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม

Abstract

This study is a research and development project with the objective of developing a system for palliative care for terminally ill patients. The research was conducted in three phases as follows: 1) Study the situation, problems, and needs 2) Develop the care system and 3) Evaluate the effectiveness of the system. The sample group consisted of professional nurses, multidisciplinary team members, and caregivers of terminally ill patients. The instruments used included questionnaires, focus group discussion questions, the 2S-PH Center system, and secondary documents. The questionnaire was validated by three experts, yielding an IOC (Index of Item-Objective Congruence) ranging from 0.67 to 1.00. The satisfaction questionnaire and outcome evaluation form had reliability coefficients of 0.90 and 0.81, respectively. The statistical methods used included descriptive statistics, One-sample t-test, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The research findings revealed that: 1) From 2022 to 2024 (B.E. 2565–2567), the number of terminally ill patients receiving palliative care increased by approximately half each year. The implementation of palliative care for terminal patients still faces several unclear issues, such as: the roles of nurses responsible for patient assessment in hospitals are not well-defined; personnel within the network lack sufficient knowledge regarding palliative care; and there is a lack of coordination within the care network. 2) The developed system is the 2S-PH Center Model. And 3) After the development of the care system, the average outcome score was 84.52, which is higher than the set benchmark (80.00%). The caregiver burden score was significantly lower than before the system was developed. Multidisciplinary team members reported satisfaction levels above the 80% threshold, and professional nurses who followed the system scored higher in performance than the benchmark score (80%). The research also found that caregivers experienced anxiety. Therefore, hospitals and primary care units (PCUs) within the network should develop programs to reduce caregiver anxiety in caring for patients. For professional nurses, it was found that the initial and discharge POS (Palliative care Outcome Scale) assessments were not conducted correctly. Hence, responsible personnel should conduct regular workshops to improve this practice.

Keywords : Palliative Care, Terminally Ill Patients, Phra Phrom District Health Service Network

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่ยากลำบาก (Schroeder & Lorenz, 2018) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำนายบุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะการสื่อสาร และมีจิตวิทยาการให้คำปรึกษาและการแนะแนว (กรมการแพทย์, 2563) ในปี ค.ศ. 2011 พบว่า ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคน โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.47 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.59 โรคไต ร้อยละ 2.02 โรคตับแข็ง ร้อยละ 1.70 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.65 และอื่น ๆ สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC service) ปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89

ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93 (กรมการแพทย์, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าว การขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย การมีระบบการวินิจฉัยในการให้บริการแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในฐานข้อมูลโรงพยาบาลและส่งข้อมูลเข้าระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) และแนะนำให้มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองอย่างไว้รอยต่อร่วมกับหน่วยงานราชการ ภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และจัดการให้มีอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง

ทฤษฎีของโอเร็มเป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ในการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงต้องอาศัยการดูแลจากผู้ใกล้ชิดเป็นสำคัญ ทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเองที่เน้นการกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกิดจากความไม่สมดุลของความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และ 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาลที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ปี 2565 – 2567 จำนวน 5,115, 5,917 และ 6,239 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) สำหรับอำเภอพระพรหม จำนวน 15, 23 และ 50 คน สำหรับทะเบียนผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่ได้ขึ้นทะเบียน มีจำนวน 28 คน ดังนี้ กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย จำนวน 8 คน โรคหลอดเลือดสมอง/ตีบ จำนวน 3 คน โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง จำนวน 3 คน โรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 3 คน ภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 3 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 คน (โรงพยาบาลพระพรหม, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายโรงพยาบาลทั้งระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิที่มีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาทิ ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพิ์ดี, ศศิพันธ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และยุพยงค์ พุฒธรรม (2556) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลอุดรธานี; นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาถฤดี สุลีสิทธิ์ และสุนิสา ชื่นตา (2563) ที่ศึกษาโรงพยาบาลยโสธร; ประธาน ศรีจุลฮาด (2563) ที่ศึกษาในอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์; เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โลโซม และสุนันทา เตโช (2564) ที่ศึกษาโรงพยาบาลพระพุทธบาท; นิชาดา วิทยาภูมิ (2567) ที่ศึกษาโรงพยาบาลนรินทร จังหวัดสกลนคร; มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษรากะการดี และนันท์ชญาณ์ นฤนาทนาเสฏฐ์ (2567) ที่ศึกษาโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง ผลลัพธ์การนำระบบการดูแลแบบ

ประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลพระพรหม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 เป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ที่ให้บริการผู้ป่วยในมา 3 ปี ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีรูปแบบการให้บริการที่ไม่ชัดเจน เช่น การวินิจฉัยผู้ป่วยเป้าหมาย การลงทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วน การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผลลัพธ์ รวมไปถึงศักยภาพและความไม่พร้อมไม่เพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างและยังมียังมีผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าถึงบริการอีกด้วย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความกังวลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อต้องนำผู้ป่วยไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน การศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยจากหนังสือคู่มือก็ไม่สามารถทำให้ผู้ดูแลเข้าใจวิธีการที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ดังนั้น หากมีการประยุกต์ทฤษฎีของโอเรอัมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายของกรมการแพทย์ (2563) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็จะลดความทุกข์ทรมาน รวมถึงการเตรียมผู้ป่วยให้ยอมรับความตายที่ใกล้จะมาถึง ช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการภารกิจต่างๆ ตามความต้องการ ให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบ ขณะเดียวกันมีการเตรียมบุคคลในครอบครัวให้มีความพร้อมในการเผชิญความโศกเศร้าที่จะตามมาด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหมในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

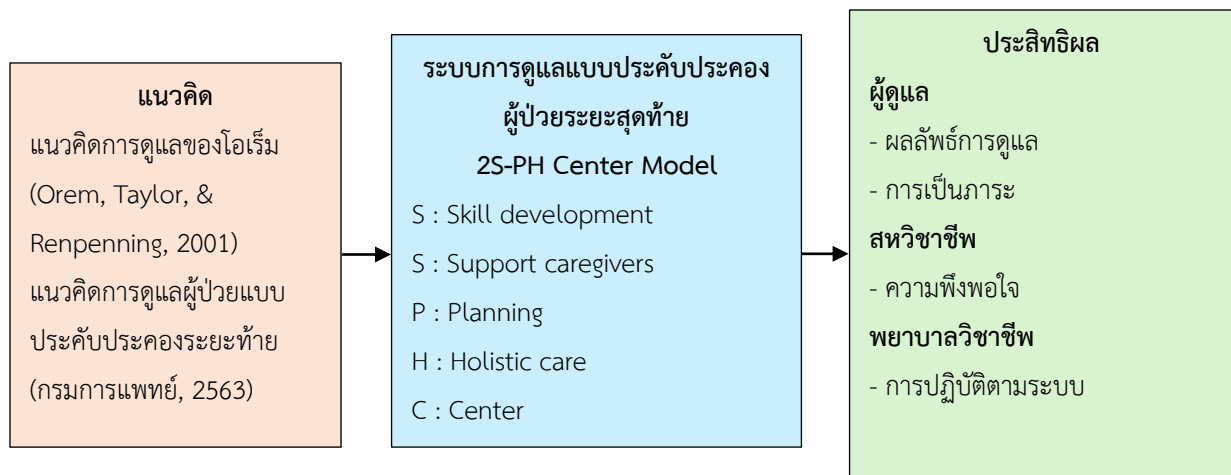
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนาระบบในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลของ Orem, Taylor, & Renpenning (2001) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายของกรมการแพทย์ (2563) ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้การวิเคราะห์จากเอกสารและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ปี พ.ศ. 2564 - 2567 จากข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการยกร่างเป็นระบบในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่าย

บริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัด
นครศรีธรรมราช

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัด
นครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูล
แบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนด
คุณสมบัติ 1) ดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 3 เดือน 2)
มีอายุ 20 - 70 ปี และ 3) ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัย
สร้างขึ้นเอง มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ 1) ท่านมี
ปัญหาในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายอย่างไร 2) ท่านมีความต้องการในการดูแล
แบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก
สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจ
คุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย
พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย
ประคับประคอง จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out)
กับผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย 3 คน
เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง
คุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group)
จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดย
จัดกลุ่มสนทนา มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้
แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดง
ความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และ
ขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่ม
ประมาณ 1.30 - 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัย

สรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความ
ถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ
Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลง
รหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้าง
หมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่
และการตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบในการดูแลแบบ
ประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการ
สุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
เป็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์
เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ
ประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับ
ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะ
สุดท้าย โรงพยาบาลพระพรหม ประกอบด้วยแพทย์
พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักวิชาการ
สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และนักการ
แพทย์แผนไทย จำนวน 25 คน ใช้เวลาประมาณ
1 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้ว
ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการ
ถอดเทปแบบคำต่อคำ

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสนทนาในระยะที่
2 และผลจากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 มาสรุป
วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการ
ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัด
นครศรีธรรมราช

4. นำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจสอบ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล
วิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

ประคับประคอง 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และอาจารย์พยาบาลอนามัยชุมชน 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 ได้เสนอแนะในประเด็นควรมีคู่มือที่เข้าใจง่าย ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และผู้ดูแลบางคนไม่สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มคู่มือสำหรับผู้ดูแลไว้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้ ให้มีผู้ดูแลหรือบุตรหลานเข้ามาช่วยเหลือ

5. นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปหาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 27 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และทดสอบด้วยสถิติ One Sample t-test ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. นำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ขั้นตอนนี้เป็นการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จำนวน 50 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 2) มีอายุ 20 - 70 ปี และ 3) ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการรบกวนมาก ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระวนกระวาย กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระพรหม จำนวน 12 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถอยู่ในโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test: Means, Statistical test เลือก Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One-tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ดังนี้ 1) ดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 2) มีอายุ 20 - 70 ปี และ 3) ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการรบกวนมาก ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระวนกระวาย กลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระพรหม จำนวน 12 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีประวัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถอยู่ในโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย S: Skill Development, S: Support Caregivers, P: Planning, H: Holistic Care และ Center

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบประเมินผลลัพธ์ การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของมารยาท สุจริตวรกุล (2562) มี 5 คำตอบ ตั้งแต่คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน มีคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยกำหนดให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ คะแนน 1 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ คะแนน 2 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง คะแนน 3 = บางครั้ง คะแนน 4 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ คะแนน 5 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ จากนั้นคิดคะแนนเฉลี่ย

ของคะแนน POS รายข้อ ถ้าคะแนนเฉลี่ยของคะแนน POS ลดลง หมายถึง มีผลลัพธ์ทักษะการดูแลดี และผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ การแปลผลโดยการนำแต่ละข้อมาคิดคะแนนรวมและเทียบจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

2. แบบประเมินการเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยมีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย (0 คะแนน) มีความรู้สึกนั้นน้อยมาก (1 คะแนน) มีความรู้สึกนั้นเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) มีความรู้สึกนั้นบ่อยครั้ง (3 คะแนน) และมีความรู้สึกนั้นเป็นประจำ (4 คะแนน) การแปลผล โดยการนำแต่ละข้อมาคิดคะแนนเฉลี่ยของการเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคน แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน ถ้าคะแนนเฉลี่ยลดลง หมายถึง การเป็นภาระของผู้ดูแลดีขึ้น

3. แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นแบบสอบถามของ มารยาท สุจริตวรกุล (2562) มี 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 1 และไม่ปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 0 การแปลผล โดยการสังเกตการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละคนหลังพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำคะแนนมารวมกันคิดคะแนนเทียบจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ สุยันต์ ลองพิมาย (2566) วิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นลักษณะสเกล 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถิ่น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความพึงพอใจดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และอาจารย์พยาบาลอนามัยชุมชน 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินการเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 และ 0.81

สำหรับแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการเป็นภาระ (Pretest)

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยนำรูปแบบระบบในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดังนี้

องค์ประกอบ

Skill development (S) : การพัฒนาทักษะ
Support caregivers (S) : การสนับสนุนให้มีผู้ดูแล
Planning (P) : การวางแผนล่วงหน้า
Holistic care (H) : การประเมินแบบองค์รวม
Center (C) : การจัดตั้งศูนย์กลาง

กิจกรรม

- พัฒนางานความรู้ และความเข้าใจ โดยการจัดอบรม
- การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ตรงกัน
- จัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- มี Line official วางแผนการดูแลและเตรียมความพร้อมในการดูแล
- คัดกรองและประเมินความต้องการในการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพ
- ให้คำปรึกษาผู้ป่วย/ญาติ
- ประสานเครือข่ายในชุมชน ติดตามและประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการเป็นภาระของผู้ดูแล (Post-test) สำหรับแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินผู้ดูแล 1 ครั้ง แบบประเมินความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ประเมิน 1 ครั้ง และแบบประเมินการปฏิบัติตามระบบของพยาบาลวิชาชีพ 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลังใช้ระบบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (p-value = 0.487) จึงเลือกใช้สถิติ One Sample t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้ระบบ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (p-value = 0.010) จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติตาม

ระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลังใช้ระบบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (p-value = 0.001) จึงเลือกใช้สถิติ One Sample t-test และ Wilcoxon Signed Rank Test

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของ

ทีมสหวิชาชีพในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลกับค่าเฉลี่ย 3.5 (ระดับมาก) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (p-value = 0.333) จึงเลือกใช้สถิติ One Sample t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 154/2567 วันที่รับรอง 3 ตุลาคม 2567 ถึง 2 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปี 2565 – 2567 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น

ประมาณครึ่งหนึ่งในแต่ละปี โดยในปี 2565 มีจำนวน 15 คน ปี 2566 จำนวน 23 คน และปี 2567 จำนวน 53 คน โรคที่พบมาก คือ Cancer, Aging/Dementia และ Heart disease ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ยังพบโรค Chronic Kidney Disease ที่แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 สถิติผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2567

ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย	ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. Cancer	3	5	12
2. Neurological Disease : Stroke	1	2	3
3. Chronic Kinney Disease	2	4	8
4. Heart Disease	2	2	6
5. Multiple Trauma Patient	0	0	2
6. Aging/Dementia	5	7	16
7. Pulmonary Disease	2	2	4
8. Chronic Liver Disease	-	1	2
รวม	15	23	53

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การดำเนินการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม ยังมีความไม่ชัดเจนในหลายประเด็น เช่น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อประเมินผู้ป่วยที่โรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน บุคลากรที่อยู่ในเครือข่ายยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง ขาดการประสานงานภายในเครือข่าย ดังคำพูดดังต่อไปนี้

“ตั้งแต่เราเปิดโรงพยาบาลมา พอมาเปิดวอร์ด เราต้องรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เรายังไม่รู้เลยว่าเคลไหนดำเนินการก่อน บางทีทำแบบงง ๆ ถ้าอบรมให้เป็นระยะ ๆ บ้างก็ดี” สหวิชาชีพคนที่ 1

“บางทีคนไข้กลับมาอยู่บ้านหลายวันแล้ว มารู้ทีหลัง เวลาญาติไปขอยา ถ้ามีศูนย์แจ้งข้อมูลก็ดีนะ มันจะทำงานง่ายขึ้น” สหวิชาชีพคนที่ 7

“ถ้ามีคู่มือติดกับคนไข้ก็ดีนะ เค้าได้อ่านเวลาสงสัย เราก็จะได้รู้ว่าที่โรงพยาบาลทำอะไรหรือให้อะไรมาบ้าง” สหวิชาชีพคนที่ 5

“ปัญหาคือ ญาติกับคนไข้ กลับบ้านแล้วทำอะไรไม่ถูก พอกลับมาที่รุนแรงแล้ว” สหวิชาชีพคนที่ 8

“แนวปฏิบัติของเครือข่ายเรายังไม่เป็นรูปธรรม คงต้องช่วยกันพัฒนาแหละ” สหวิชาชีพคนที่ 1

“แบบประเมินที่ให้ไว้ หนูทำไม่ค่อยถูกคะ ถ้าได้อบรมก็ ง่าย ก็ดีนะคะ” สหวิชาชีพคนที่ 2

“พี่ทำไม่ค่อยถูกเลย ไม่รู้จะปรึกษาใคร มาโรงพยาบาลก็ลำบาก” ผู้ดูแลคนที่ 4

“ป้าแก่แล้วนิ ถ้ามีคนช่วยดูแลในหมู่บ้านก็ดี หรือคนที่ขอช่วยเหลือได้” ผู้ดูแลคนที่ 5

“ต้องการคนที่ปรึกษามาก ๆ เลย” ผู้ดูแลคนที่ 6

“บางทีหมอมานั่งไม่รู้เลย รีบกลับมาจากสวนเค้าว่าแจ้งแล้วแหละ แต่ไม่ได้รับสาย” ผู้ดูแลคนที่ 1

“เอาจริง ๆ คนไข้ไม่รู้จะว่าเค้าเป็นอะไร ป้าเป็นคนแล บางทีก็ตัดสินใจยากที่จะบอกคนอื่นในบ้าน ไม่รู้จะทำพรีดี พอญาติหลายคนก็ลำบาก วางแผนล่วงหน้ายาก กลัวขัดกัน” ผู้ดูแลคนที่ 6

“ถ้าคนไข้กลับบ้าน ฉันต้องทำงานนี้ ไม่รู้ว่าจะแลได้ม่าย คนแลมีม่าย เครียดนิ กังวลคาด แต่งานก็ต้องทำ” ผู้ดูแลคนที่ 9

“รู้สึกเครียดนะ ไม่รู้ทำถูกป่าว เวลาคนไข้กำเริบ มีอาการ ไม่รู้จะทำพรีกับมัน” ผู้ดูแลคนที่ 2

2. ระบบในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ 2S-PH Center Model ดังนี้

S : Skill development หมายถึง การพัฒนาทักษะและความเข้าใจของผู้ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย

S : Support caregivers หมายถึง การสนับสนุนให้มีผู้ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการจัดคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

P : Planning หมายถึง มีการวางแผนร่วมกันล่วงหน้า โดยการใช้ Line official

H : Holistic care หมายถึง การคัดกรองและประเมินความต้องการในการดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ

C : Center หมายถึง การมีจุดศูนย์กลางในการประสานงานกับชุมชน มีแหล่งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติ และมีการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย



ภาพที่ 2 ระบบ 2S-PH Center Model

3. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์การดูแล และการะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.07) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 44 ปี (ร้อยละ 44.44)

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.48) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.04) มีประสบการณ์การดูแล ≤ 5 ปี (ร้อยละ 44.44) และมีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 77.78) โดยหลังพัฒนาระบบการดูแล ฯ มีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลเท่ากับ 84.52 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80.00) สำหรับภาระการดูแลพบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแล ฯ มีคะแนนค่าเฉลี่ยภาระการดูแลน้อยกว่าก่อนพัฒนาระบบการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบทักษะการดูแลและการะการดูแลของผู้ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลลัพธ์	n	เกณฑ์	M	SD	t/z	IQR	df	p- value (1-tailed)
ผลลัพธ์การดูแล	27	80	84.52	7.16	3.28	-	26	0.001
การเป็นภาระ								
ก่อนใช้ระบบ	27	-	1.73	0.96	-4.129	1.5	-	< 0.001
หลังใช้ระบบ	27	-	1.33	0.85		1.4		

3.2 ความพึงพอใจของสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.00) มีอายุระหว่าง 30 – 44 ปี (ร้อยละ 60.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.00) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.00) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานการดูแล ฯ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 72.00) หลังพัฒนาระบบการดูแล ฯ สหวิชาชีพมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเฉลี่ย

ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$) และการปฏิบัติตามระบบ ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีอายุมากกว่า 29 ปี (ร้อยละ 66.67) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.33) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) หลังพัฒนาระบบการดูแล ฯ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามระบบ ฯ มีคะแนนการปฏิบัติมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่กำหนด (ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของสหวิชาชีพ และการปฏิบัติตามระบบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลลัพธ์	n	เกณฑ์	M	SD	t/z	IQR	df	p- value (1-tailed)
ทีมสหวิชาชีพ								
ความพึงพอใจ	25	3.5	3.74	0.52	2.34	0.75	24	0.014
พยาบาลวิชาชีพ								
การปฏิบัติตามระบบ	12	80	92.22	6.25	6.78	-	11	0.001

อภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัญหาในการดำเนินงานแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง และโรงพยาบาลพระพรหมเป็นโรงพยาบาลชุมชนเปิดใหม่ ปัจจุบันจัดเป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ที่ให้บริการผู้ป่วยในมา 3 ปี ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีรูปแบบการให้บริการที่ไม่ชัดเจน เช่น การวินิจฉัยผู้ป่วยเป้าหมาย การลงทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วน การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อที่บ้าน การประเมินผลลัพธ์ รวมไปถึงศักยภาพและความไม่พร้อมเพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข อีกทั้งโรงพยาบาลใกล้เคียงคือโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นหน่วยบริการเดิมที่ประชาชนใช้บริการ ฉะนั้น เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติงานแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงมีความต้องการที่จะให้มีรูปแบบที่ชัดเจน และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีความต้องการให้มีคู่มือเพื่อที่จะดูแล

ผู้ป่วยได้ที่บ้านไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จากสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชาดา วิฑูรย์ (2567) ที่พบว่า มีความต้องการคำแนะนำและช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 100.00 และการศึกษาของ สุยนต์ ลองพิมาย (2566) พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

2. รูปแบบ 2S-PH Center Model ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจุดเด่น คือ นำประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน สหวิชาชีพในเครือข่าย และผู้ดูแลมาประยุกต์เป็นระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ยังเห็นได้ว่า นอกจากการปฏิบัติตามระบบการดูแลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลพระพรหมที่ถูกต้อง ก่อนที่จะจำหน่ายเพื่อให้ผู้ดูแลดูแลต่อที่บ้าน ระบบที่พัฒนาขึ้นยังเห็นความสำคัญที่จะให้มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในช่วงที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายยังมีการให้ความรู้ด้วยสหวิชาชีพตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วย มีการให้คำปรึกษาผ่าน Line official ขณะอยู่บ้าน และมีศูนย์ประสานงานที่ให้คำปรึกษาอยู่ตลอดเวลา แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นจะมีความเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล สู่หน่วยบริการในเครือข่าย สู่บ้าน และสู่

ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชาดา วิทยานุมิ (2567) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการวางแผน ประเมิน และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการสร้าง โปรแกรม Line official เพื่อให้สะดวกต่อการติดต่อ และสื่อสาร ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บงกช รัตน์ ยานะรมย์ (2563) ที่พบว่า ระบบการดูแลแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลโสธรมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2) แนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วย ระยะสุดท้าย 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ส่วน การศึกษาของ สุยันธ์ ลองพิมาย (2566) พบว่า จะต้องมีการฝึกอบรมทักษะของญาติ/ผู้ดูแลในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. หลังการพัฒนาระบบ ฯ พบว่า 1) ผลลัพธ์ การดูแลของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น และภาระการดูแล ของผู้ดูแลมีคะแนนน้อยลง ประเด็นที่น่าสนใจ คือ หลังการพัฒนาระบบ ฯ ครอบครัวของผู้ป่วยยังมีความ วิตกกังวล ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.63$, $SD = 0.56$) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายขาดจากโรค ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วย มักจะเสียชีวิตในเวลาที่คาดการณ์ได้ (Turk & Feldman, 1992) จากประเด็นนี้ ญาติ ผู้ดูแล และ สมาชิกในครอบครัวจึงมีความวิตกกังวลจากโรคที่ ผู้ป่วยเป็นก็ได้ แต่เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลที่ ถูกต้อง มีความมั่นใจ ก็สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมี ประสิทธิภาพ จะเห็นได้จากความต้องการของผู้ดูแล ก่อนพัฒนาระบบ ฯ ผู้ดูแลมีความต้องการให้แพทย์ หรือพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา หลังการ พัฒนาระบบ ฯ การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการ รักษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.85$, $SD = 0.36$) รองลงมาคือ ไม่รู้สึกเสียเวลาในเรื่องของการนัดหมาย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ($M = 4.37$, $SD = 0.74$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตวรกุล (2562) ที่พบว่า หลังการใช้แนวทางการดูแลแบบ ประคับประคอง ผลลัพธ์การดูแลประคับประคองมี ค่าเฉลี่ยสูงขึ้น เช่นเดียวกับ ประธาน ศรีจุลฮาด (2564) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ผู้ดูแลมีทักษะสามารถดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และยังสอดคล้องกับ บงกชรัตน์ ยานะรมย์ (2563) ที่ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์การดูแลสูงกว่า ก่อนพัฒนาระบบทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

สำหรับภาระการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลซึ่งมีคะแนนน้อยลงก่อน การพัฒนาระบบ ฯ อาจจะเป็นเพราะว่า เมื่อผู้ดูแลมี ความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ประคับประคองระยะสุดท้าย ประกอบกับระบบที่ พัฒนขึ้นเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ กิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลมี ความรู้สึกว่าได้รับเกียรติและเป็นการส่งเสริม สัมพันธภาพและความผูกพันในระยะสุดท้ายของ ผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และ ทิพย์ศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563) ทั้งนี้จากงานวิจัยยังพบว่า ประเด็นความรู้ที่สีกกล่าวการดูแลที่จะเกิดความผิดพลาด มีค่าเฉลี่ยลดลงมากที่สุด คือ 0.74 แสดงให้เห็นว่า ระบบการดูแลหลังการพัฒนา ฯ ทำให้ผู้ดูแลมีความ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ ผู้ดูแลทราบข้อมูลที่ชัดเจน การให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการมีคู่มือในการดูแล ผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้จึงทำให้ภาระการดูแลมีค่าเฉลี่ย ลดลง

ความพึงพอใจของสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ย มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ($M = 3.5$) ซึ่งผลการวิจัยที่ พบว่า ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก

คือ การวางแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ($M = 4.20$, $SD = 0.71$) รองลงมาคือ หน่วยงานมีระบบติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ($M = 4.16$, $SD = 0.85$) และการวางแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ($M = 4.00$, $SD = 0.71$) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เป็นการระดมสมองและพัฒนาจากสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหมทุกระดับ การพัฒนาดังกล่าวทำให้เกิดการมีส่วนร่วม จึงทำให้สหวิชาชีพมีความรู้สึกพึงพอใจในระบบที่นำมาใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ประสงค์ทรัพย์ (2567) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับบรรณาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาถฤดี สุลีสถิร และสุณิสา ชื่นตา (2563) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลสหวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของสุยันธ์ ลองพิมาย (2566) พบว่า สหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบ ฯ อยู่ในระดับสูง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามระบบ ฯ มีคะแนนการปฏิบัติมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่กำหนด (ร้อยละ 80.00) อาจจะเป็นเพราะว่า ช่วงแรกของการพัฒนาระบบ มีการพัฒนาร่วมกัน และยังเป็นช่วงที่ผู้ปฏิบัติต้องมีความเข้าใจในคู่มือและแบบประเมินตามแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งในระยะเริ่มต้น พยาบาลวิชาชีพจะต้องผ่านการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ทุกคนจึงรับทราบและหน้าที่ที่รับผิดชอบของตนเองในขณะปฏิบัติงาน อีกทั้ง ก่อนการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพทุกคน จะต้องพูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติในทุก ๆ เช้า และจากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติตามระบบที่ถูกต้อง เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกลุ่มเป้าหมายตรงตามเกณฑ์ มีการจำแนกความเจ็บป่วย และมีการประเมินซ้ำด้วย PPS Score ถูกต้องตามเกณฑ์ มีการประเมิน ESAS

ครอบคลุมปัญหาแรกรับและประเมินซ้ำ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัว ให้การปฏิบัติแต่ละรายที่กำหนด มีการส่งต่อผู้ป่วย บันทึกเวชระเบียน และประเมินการจัดการความเจ็บปวดอย่างถูกต้องครบถ้วน และสมบูรณ์ ประเด็นเหล่านี้ พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100.00 ทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท สุจริตวรกุล (2562) ที่พบว่า หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของกาญจนา ประสงค์ทรัพย์ (2567) ที่พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สูงกว่าก่อนพัฒนา และยังสอดคล้องกับประธาน ศรีจุลฮาด (2564) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยโดยมีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับบรรณาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาถฤดี สุลีสถิร และสุณิสา ชื่นตา (2563) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นโดยรวมเท่ากับร้อยละ 89.5 แต่ทั้งนี้ยังพบประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง คือ การประเมิน POS แรกรับตามแนวทางที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และก่อนจำหน่าย ผลการวิจัยในประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ในประเด็นดังกล่าว จำเป็นต้องมีการประเมินการใช้ให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาระบบอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท สุจริตวรกุล (2562) เช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ถึงแม้ว่าหลังพัฒนาระบบการดูแล ฯ ผลลัพธ์การดูแลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ภาระการดูแลมีคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนพัฒนา สหวิชาชีพมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเฉลี่ย และ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามระบบ ฯ มีคะแนนการปฏิบัติตามกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่กำหนด แต่ทั้งนี้ยังพบประเด็นผู้ดูแลเกิดความกังวล ฉะนั้น ทางโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเครือข่าย ควรจะต้องพัฒนาโปรแกรมลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติมีการประเมิน POS แกร็บ และจำหน่าย ที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้รับผิดชอบจึงควรจะต้องมีการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้น เป็นระบบที่พัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการเพียง 3 ปี ฉะนั้น ควรจะต้องมีการพัฒนาระบบโดยการทำวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ โดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล พิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กาญจนา ประสงค์ทรัพย์. (2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตึกพิเศษร่วมเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 9(1), 792–801.
- ณิชาดา วิทยาภูมิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน*, 2(4), 30–44.

ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, และยุพยงค์ พงษ์ธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 80–90.

นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาถฤดี สุลีสิทธิ์, และสุณิสา ชื่นตา. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลโยธธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(2), 36–45.

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทิพย์ทัศน์ ชื่นตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 26–34.

บงกชรัตน์ ยานะรมย์. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายโรงพยาบาลโยธธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(4), 195–200.

ประธาน ศรีจุลฮาด. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 219–232.

เพ็ญศรี จาบประไพม, บุญสืบ โสโสม, และสุนันทา เตโช. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธรบาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(6), 1101–1111.

มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษรา กะการดี, และนันท์ชญาณ์ นฤนาทนาเสฏฐ์. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 216–230.

มารยาท สุจริตวรกุล. (2562). ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 44(2), 97–108.

โรงพยาบาลพระพรหม. (2567). *ทะเบียนผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *รายงานผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน*. นครศรีธรรมราช.

สุยันต์ ลองพิมาย. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 44–53.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. Sage Publications, Inc.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific*

Journal of Oncology Nursing, 5(1), 4–8.
https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_62_17

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/6568

