บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Development of a Nursing Care Model for End-Stage Liver Cancer Patients in the Service Area of Ban Non Rang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawathi Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province

ปภัชญา ประทุมวัน[1]*

Papatchaya Prathumwan[1]*

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น *ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 13 ตุลาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 15 ตุลาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 18 ตุลาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): ปภัชญา ประทุมวัน. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(3):73-86.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังใช้รูปแบบ และศึกษาผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และวงรอบ PDCA 1 วงรอบ (พฤศจิกายน พ.ศ. 2567-มีนาคม พ.ศ. 2568) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน และผู้ป่วย 8 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า NONRANG Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความต้องการแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว การพยาบาลแบบประคับประคอง การประสานทีมสหวิชาชีพและชุมชน และการติดตามและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.47) ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 52.38 เป็น 71.25 คะแนน (p-value <0.001) ความเจ็บปวดลดลงจาก 6.25 เป็น 2.88 คะแนน (p-value = 0.011) และความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงจาก 8.13 เป็น 3.75 คะแนน (p-value <0.001) ผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 87.50) เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.51) สรุปได้ว่ารูปแบบนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบริบทชนบทใกล้เคียงกัน และควรศึกษาต่อโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: มะเร็งตับระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, รูปแบบการพยาบาล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop a nursing care model for end-stage liver cancer patients, compare quality of life, pain, and family anxiety before and after implementation, and examine care outcomes and satisfaction in the service area of Ban Non Rang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawathi Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province. The study applied the palliative care concept, Watson's Theory of Human Caring, and one PDCA cycle from November 2024 to March 2025. Participants were 12 health personnel and village health volunteers, and 8 end-stage liver cancer patients referred from Khon Kaen Hospital for home care. Instruments, validated by three experts, included the model, a focus group guideline, and assessments of quality of life, pain, family anxiety, model appropriateness, and satisfaction. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, the paired t-test, and the Wilcoxon signed-rank test.

The developed NONRANG Model comprised five components: holistic needs assessment, family-centered care planning, palliative nursing activities, multidisciplinary and community coordination, and continuous monitoring with bereavement care. Experts rated its appropriateness at the highest level (mean±S.D. = 4.47±0.38). After implementation, the mean quality of life score increased from 52.38±7.14 to 71.25±5.83 (p-value <0.001), the mean pain score decreased from 6.25±1.28 to 2.88±1.13 (p-value = 0.011), and the mean family anxiety score decreased from 8.13±1.46 to 3.75±1.28 (p-value <0.001). All patients received continuous care until the end of life, and 7 of 8 (87.50%) died peacefully at home as desired. Six of 8 caregivers (75.00%) demonstrated good caregiving skills, and overall satisfaction was at the highest level (mean±S.D. = 4.51±0.42). The NONRANG Model was associated with reduced pain, improved quality of life, and peaceful death at home, and can serve as a guideline for subdistrict health promoting hospitals in similar rural contexts. Further studies with larger samples and a comparison group are recommended.

Keywords: End-stage liver cancer, Palliative care, Nursing care model, Action research

บทนำ

มะเร็งตับชนิดเซลล์ตับ (Hepatocellular Carcinoma: HCC) เป็นมะเร็งปฐมภูมิที่พบมากที่สุดในตับ และจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่สำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[1]

สำหรับประเทศไทย มะเร็งตับมีอุบัติการณ์สูงติดอันดับต้นของประเทศ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง โดยมะเร็งท่อน้ำดี มีปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง ภาวะตับแข็ง การดื่มสุราเรื้อรัง และโรคไขมันพอกตับ[2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย เนื่องจากโรคในระยะแรกมักไม่มีอาการชัดเจน ทำ

ให้โอกาสในการรักษาให้หายขาดมีจำกัด[3] การจำแนกระยะของโรคตามระบบ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) กำหนดให้ผู้ป่วยในระยะ D หรือระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก[2]

มะเร็งตับระยะสุดท้ายมีลักษณะทางคลินิกที่ซับซ้อน ได้แก่ ภาวะตับวาย ท้องมาน เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ภาวะตับสมองเสื่อม และการสูญเสียน้ำหนักอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยในระยะนี้มีระยะเวลารอดชีวิตมัธยฐานต่ำกว่า 6 เดือน และต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น[2] ความเจ็บปวดเป็นอาการที่พบบ่อยและรุนแรงที่สุด โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 70.00 มีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[4] ภาระจากโรคไม่เพียงกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างความเครียดทางจิตใจและเศรษฐกิจแก่ครอบครัว โดยพบว่าผู้ดูแลหลักมีภาระการดูแลในระดับสูงและมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป[5]

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคคุกคามชีวิตและครอบครัว ครอบคลุมการควบคุมอาการ การลดความเจ็บปวด และการสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[6] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว และประสานการส่งต่อเมื่อจำเป็น[7] ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในประเทศไทยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางครอบครัว[8] และการศึกษาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนโดยพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและการรับไว้ในโรงพยาบาลได้[9]

นอกจากนี้ ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Theory of Human Caring) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่าและการสร้างสัมพันธภาพเชิงการดูแลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว[10] และวงรอบคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act)[11] ยังเป็นกรอบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[12]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลประชาชนในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งตับสูง ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การดูแลที่ผ่านมายังขาดรูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทชุมชน บุคลากรส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมากกว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการ การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ที่บ้านมีข้อจำกัด และความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลีกเลี่ยงการพูดถึงความ

ตายทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปได้ยาก แม้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจะได้ผลดีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ยังขาดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในระดับ รพ.สต. โดยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและตับและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตรับผิดชอบจำนวน 12 ราย ในพื้นที่

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงรอบ PDCA ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ บรรเทาความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงรอบคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) จำนวน 1 วงรอบ[11,12] ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์จากทะเบียนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Java Health Center Information System: JHCIS) และบันทึกการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนาร่างรูปแบบการพยาบาล (พฤศจิกายน พ.ศ. 2567)

ระยะที่ 2 การดำเนินการ (Do) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบ และนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (พฤศจิกายน พ.ศ. 2567-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check) เก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบ เปรียบเทียบผลลัพธ์ และประเมินความพึงพอใจ (กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2568) และ

ระยะที่ 4 การปรับปรุง (Act) วิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุง จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่ผลการวิจัย (มีนาคม พ.ศ. 2568)

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง

ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในเขตรับผิดชอบ จำนวน 12 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 8 ราย ใช้ในระยะประเมินผล ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโนนรัง มีผู้ดูแลหลักในครอบครัว สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ย้ายออกนอกเขตรับผิดชอบระหว่างการวิจัย หรือผู้ป่วยหรือครอบครัวขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย NONRANG Model ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง[6] ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน[10] และแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข[7] ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการแบบองค์รวม (Holistic Needs Assessment) ประเมินอาการรบกวนทางกาย ความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมบันทึกค่า Pain Score ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และระดับการปฏิบัติหน้าที่แบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS)

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว (Family-Centered Care Planning) กำหนดเป้าหมายการดูแลและจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative Nursing Activities) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดการอาการรบกวนและความเจ็บปวด การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลัก การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการติดตามทางโทรศัพท์และประสานงาน อสม. อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การประสานทีมสหวิชาชีพและชุมชน (Multidisciplinary and Community Coordination) ระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย อสม. และครอบครัว และ

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผลและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Continuous Monitoring and Bereavement Care) ทั้งนี้ หากอาการรบกวนยังไม่ลดลง ผู้ปฏิบัติจะย้อนกลับไปปรับแผนการพยาบาลและดำเนินกิจกรรมซ้ำ โดยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาป่วย พร้อมแบบบันทึกค่าทางคลินิก (Pain Score, ADL และ PPS) 2) แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม สำหรับวิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัด และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยพัฒนาเอง จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวม 0-100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (0.00-40.99 คะแนน) ปานกลาง (41.00-60.99 คะแนน) และดี (61.00-100.00 คะแนน) 4) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain Score) มาตรวัดตัวเลข 0-10 คะแนน แบ่งเป็น ไม่ปวด (0) ปวดน้อย (0.01-3.99) ปวดปานกลาง (4.00-6.99) และปวดรุนแรง (7.00-10.00) 5) แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว เป็นมาตรวัดตัวเลข 0-10 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลมาก 6) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้เชี่ยวชาญ และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการพยาบาล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ผ่านที่ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 น้อยที่สุด 1.81-2.60 น้อย 2.61-3.40 ปานกลาง 3.41-4.20 มาก และ 4.21-5.00 มากที่สุด นอกจากนี้ ผลลัพธ์การดูแลประเมินจาก เครื่องมือประเมินทักษะผู้ดูแลหลักพร้อมเกณฑ์ "ระดับดี" และแบบบันทึกสถานที่เสียชีวิต

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำรูปแบบการพยาบาลและเครื่องมือทุกชุดให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม โดยคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ในภาพรวม IOC = 0.79 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นนำแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว และแบบประเมินความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86, 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบในระยะที่ 2 และเก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบในระยะที่ 3 (กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2568) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และแบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว ส่วนความพึงพอใจประเมินในระยะที่ 3 โดยเก็บในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเทียบช่วงเวลาที่วัดผลหลังเทียบกับวันเสียชีวิต และจำนวนข้อมูลที่ครบก่อน-หลังทุกตัวแปร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล ด้วยสถิติ Paired t-test กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ โดยตรวจการแจกแจงปกติ ด้วย Shapiro-Wilk test และผลการตรวจรายงานผลต่างค่าเฉลี่ยพร้อม 95% confidence interval (CI) และขนาดอิทธิพล (effect size) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ การได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย การเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลหลัก ด้วยความถี่ ร้อยละ และช่วงเชื่อมั่น 95% ของสัดส่วนแบบ Clopper-Pearson และวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบและความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธ และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการสาธารณสุข การสื่อสารเรื่องการดูแลในวาระสุดท้ายดำเนินการด้วยความละเอียดอ่อนและเคารพความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย จำนวน 8 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 ราย ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 61.38±8.24 ปี ต่ำสุด 60 ปี -สูงสุด 78 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 ราย ร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.50 และมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ยนับจากการวินิจฉัยถึงระยะสุดท้าย 8.25±3.11 เดือน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง (n = 8)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	5	62.50
หญิง	3	37.50
2. อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย 61.38±8.24 ปี ต่ำสุด 60 ปี -สูงสุด 78 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	75.00
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2	25.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. อาชีพหลัก		
เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป	7	87.50
ค้าขาย	1	12.50
5. ระยะเวลาป่วยนับจากการวินิจฉัยถึงระยะสุดท้าย		
ระยะเวลาเฉลี่ย 8.25±3.11 เดือน		

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

2.1 สถานการณ์และปัญหาการดูแล ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากทะเบียนผู้ป่วยบันทึกการส่งต่อ และการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. จำนวน 12 คน พบประเด็นปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปยังโรงพยาบาลขอนแก่นมากกว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และยังขาดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนในระดับ รพ.สต. 2) ผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสสูงอายุหรือบุตรที่มีภาระงานประจำ ขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการที่บ้าน 3) การจัดหายาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่บ้านมีขั้นตอนและข้อจำกัดทางกฎหมายที่ซับซ้อน และ 4) ความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลีกเลี่ยงการพูดถึงความตาย ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปได้ยาก

2.2 รูปแบบการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ได้รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินความต้องการแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง การประสานทีมสหวิชาชีพและชุมชน และการติดตามประเมินผลและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย พร้อมคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 ชุด

2.3 ความเหมาะสมของรูปแบบ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ระบุเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหมาะสม ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.47±0.38 คะแนน)

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล

ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 52.38±7.14 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 71.25±5.83 คะแนน อยู่ในระดับดี (ผลต่างค่าเฉลี่ย = 18.87, 95% CI = 14.77-22.97, t = 10.89, df = 7, p-value <0.001) คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) ลดลงจาก 6.25±1.28 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 2.88±1.13 คะแนน อยู่ในระดับน้อย (Z = -2.53, p-value = 0.011) และคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงจาก 8.13±1.46 เป็น 3.75±1.28 คะแนน (ผลต่างค่าเฉลี่ย = -4.38, 95% CI = -5.37 ถึง -3.39, t = -10.41, df = 7, p-value <0.001) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model (n = 8)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ $\bar{x}$±S.D. (ระดับ)	หลังใช้รูปแบบ $\bar{x}$±S.D. (ระดับ)	$\bar{d}$	สถิติทดสอบ (t/Z)	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	52.38±7.14 (ปานกลาง)	71.25±5.83 (ดี)	18.87	t = 10.89	<0.001*
ระดับความเจ็บปวด (0-10)	6.25±1.28 (ปานกลาง)	2.88±1.13 (น้อย)	-3.37	Z = -2.53	0.011*
ความวิตกกังวลของครอบครัว	8.13±1.46	3.75±1.28	-4.38	t = -10.41	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

4. ผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย (ร้อยละ 100.00; 95% CI 63.06-100.00) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 87.50; 95% CI 47.35-99.68) และผู้ดูแลหลักมีทักษะการดูแลผู้ป่วยในระดับดี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 75.00; 95% CI 34.91-96.81) ดังแสดงในตาราง 3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.51±0.42 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายตามรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model (n = 8)

ผลลัพธ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ (95% CI)
1. ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	8	100.00 (63.06-100.00)
2. เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	7	87.50 (47.35-99.68)
3. ผู้ดูแลหลักมีทักษะการดูแลผู้ป่วยในระดับดี	6	75.00 (34.91-96.81)

ตาราง 4 ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาล (ผู้เชี่ยวชาญ n = 3)	4.47	0.38	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (n = 8)	4.51	0.42	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลพบว่า NONRANG Model ผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาที่มีรากฐานจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในพื้นที่ ทั้งข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการส่งต่อ และการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ได้องค์ประกอบที่ตอบสนองต่อปัญหาและบริบทของชุมชนชนบท สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการนำวงรอบ PDCA มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนส่งผลให้กระบวนการดูแลมีความเป็นระบบ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม[12] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รพ.สต. ที่นำแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ครอบคลุมขึ้น[13]

ด้านคุณภาพชีวิต ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาล คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบการพยาบาลเริ่มต้นจากการประเมินความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ทำให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น[14] และการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่ครอบคลุมการจัดการอาการ การสนับสนุนจิตใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้นอย่างมีความหมาย[9,15]

ด้านความเจ็บปวด พบว่าคะแนนความเจ็บปวดลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย (ลดลง 3.37 คะแนน) ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง คือ การประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอในการเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ การประสานงานกับแพทย์และเภสัชกรของโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อจัดหาและปรับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลง และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในการบริหารยาและการจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการจัดการความเจ็บปวดจากมะเร็งที่เน้นการประเมินซ้ำและการปรับยาตามอาการ[4] และการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนส่งผลให้คะแนนความเจ็บปวดลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น[16]

ด้านความวิตกกังวลของครอบครัวและทักษะของผู้ดูแลหลัก พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวลดลง และผู้ดูแลหลักร้อยละ 75.00 มีทักษะการดูแลในระดับดี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบการพยาบาลประยุกต์ทฤษฎีการดูแลของวัตสันในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจและมีที่พึ่งเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลของวัตสันส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสุขสบายทางจิตใจและจิต

วิญญาณสูงขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลง[17] และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น และภาระการดูแลลดลง[18]

ด้านผลลัพธ์การดูแลในวาระสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย และร้อยละ 87.50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการ อาจสะท้อนว่าการประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ทั้ง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย อสม. และครอบครัว สามารถสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงในระดับปฐมภูมิได้ ทั้งนี้เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยเพียง 8 ราย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน[8] และการศึกษาที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนโดยพยาบาล รพ.สต. ร่วมกับ อสม. ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและลดการส่งต่อโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น[19]

ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบการพยาบาลออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการเยี่ยมบ้านและติดตามหลายช่องทาง และการสื่อสารเรื่องการดูแลในวาระสุดท้ายด้วยความเคารพและละเอียดอ่อน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมพยาบาลชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง[20] และผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลในรูปแบบนี้[21]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กเพียง 8 ราย ทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ต่ำและช่วงเชื่อมั่นกว้าง 2) เป็นการศึกษากลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวน และดำเนินการเพียง 1 วงรอบ PDCA ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การรักษาของโรงพยาบาลแม่ข่าย การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของโรค และการถดถอยสู่ค่าเฉลี่ย (regression to the mean) ผลที่พบจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อน-หลัง ไม่ใช่ประสิทธิผลของรูปแบบ 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทรุดลงเร็วหรือเสียชีวิตก่อนการวัดผลหลังอาจไม่ถูกนับรวม (survivor bias) 4) มีการทดสอบหลายตัวแปร และ 5) ระบบ JHCIS ยังไม่มีรหัสและตัวชี้วัดเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในระดับ รพ.สต. ทำให้การบันทึกและติดตามผลต้องอาศัยแบบฟอร์มเพิ่มเติม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย NONRANG Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด 2) ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น คะแนนความเจ็บปวดและความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย 7 ราย เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน และผู้ป่วยและครอบครัวมีความ

พึงพอใจในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรนำรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model พร้อมคู่มือการปฏิบัติงานไปประยุกต์ใช้และขยายผล โดยปรับให้สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทของแต่ละพื้นที่

1.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรดำเนินการดังนี้ 1) บูรณาการนโยบายและงบประมาณด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนพัฒนาท้องถิ่น 2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการติดตามผู้ป่วยแบบประคับประคองในระบบ JHCIS และ 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้การส่งต่อและการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ที่บ้านเป็นไปอย่างราบรื่น

1.3 พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. ควรพัฒนาความรู้และทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารเรื่องการดูแลในวาระสุดท้าย และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยเคารพความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้ป่วยและครอบครัว

1.4 ควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและ อสม. อย่างต่อเนื่อง ทั้งทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสังเกตสัญญาณอาการที่ต้องรายงานเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนครอบครัวหลังการสูญเสีย เพื่อให้ระบบการดูแลในชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการหลายวงรอบ PDCA และติดตามผลในระยะยาวเกินกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของรูปแบบการพยาบาลในระดับ รพ.สต.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำจังหวัดขอนแก่น ที่อนุญาต อนุมัติ และสนับสนุนการวิจัย ขอบคุณทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรของโรงพยาบาลขอนแก่น บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยและพัฒนารูปแบบการพยาบาล และขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการพัฒนารูปแบบและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.

2. Thai Association for the Study of the Liver. Thai guideline for the diagnosis and management of hepatocellular carcinoma. 3rd ed. Bangkok: Thai Association for the Study of the Liver; 2023. (in Thai)

3. Thithapan W, Wannakrairot S, Sukpongthai N. Situation and risk factors of liver cancer in northeastern Thailand. Thai Cancer J. 2022;42(1):12-23. (in Thai)

4. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(8):977-1007.

5. Intaraksa T, Siriwanbut P, Theerawiwat M. Caregiving burden among caregivers of terminally ill cancer patients in the community. J Nurs Health Care. 2023;41(2):88-97. (in Thai)

6. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Oct 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

7.Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Palliative care guideline for health personnel. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing House; 2021. (in Thai)

8. Sihirunwong A, Sinsuksai N, Rawiworrakul T. Needs and expectations of end-stage liver cancer patients regarding death at home. Thai J Nurs. 2022;38(2):56-69. (in Thai)

9. Homnan S, Thaiyapirom N, Ucharattana P. Effects of community-based palliative care by registered nurses on quality of life of terminally ill cancer patients. J Nurs Health Care. 2023;41(4):123-36. (in Thai)

10. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

11. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): Massachusetts Institute of Technology; 1986.

12. Suksaen S, Wongkaew O, Theerawiwat M. Development of a care model for terminally ill cancer patients in the community using the PDCA cycle. J Public Health Health Sci. 2023;6(3):101-15. (in Thai)

13. Daengduang P, Saiyot A, Phaengkaset R. Outcomes of implementing the Ministry of Public Health palliative care guideline in subdistrict health promoting hospitals. Prov Public Health Off J. 2023;14(2):89-102. (in Thai)

14. Tulaphan J, Thawornwattana S, Phokhakul W. Effects of holistic care on quality of life of terminally ill cancer patients at home. J Nurs Sci Health. 2023;46(3):112-24. (in Thai)

15. Chayawan K, Promphakdee R, Jaikarun S. Effects of a community-based palliative care program on quality of life of terminally ill cancer patients. J Nurs Health. 2024;18(1):45-57. (in Thai)

16. Limamnuaylap S, Panyathorn K, Sukharom A. A home-based pain management program for terminally ill cancer patients by community nurses. J Nurs Health. 2024;18(2):88-101. (in Thai)

17. Awicha R, Atsanthia J, Wannakhao S. Effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on comfort of terminally ill cancer patients. J Nurs Sci Khon Kaen Univ. 2023;46(2):34-47. (in Thai)

18. Namfon N, Chanjamsai U, Chukaew P. Effects of a caregiver competency enhancement program for terminally ill cancer patients in the community. J Public Health Burapha Univ. 2024;19(1):33-46. (in Thai)

19. Thongcharoen W, Boonprakong T, Kiatkamjornwong S. A community care program for terminally ill cancer patients by subdistrict health promoting hospital nurses and village health volunteers. J Community Nurs. 2024;21(2):55-70. (in Thai)

20. Chalothorn N, Rawiworrakul T, Sinsuksai N. Effects of home-based care for terminally ill cancer patients on comfort and family satisfaction. Thai J Nurs. 2023;39(4):78-91. (in Thai)

21. Chansawang W, Theerarungsikul N, Areeuea S. Satisfaction of end-stage liver cancer patients with palliative care. J Clin Nurs. 2024;35(1):21-33. (in Thai)