

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสุรินทร์  
Development of palliative care model in terminal cancer patients  
in Surin Hospital

ชญุชธรณ์ ทรัพย์เบญจภาคิน, พย.ม.\*

มนัสกานต์ ชี้อัสต์, พย.บ\*

วิวิศ กิตติวีรวงศ์, พ.บ.\*

อกนิษฐ์ ขาดิกิจอนันต์, วท.บ.\*

พัฒนา พอค้า, ศศ.ม.\*

Tunyatorn Sabenjapakin, M.N.S.\*

Manutkan Suesat, B.N.S.\*

Wiwat Kittiveerawong, Ph.D.\*

Akanit Chatkitanan, M.S.C.\*

Phatthana Phorkha, M.A.\*

\*โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

\*Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author, E-mail address: wansaen12@gmail.com

Received: 06 Feb 2024 Revised: 19 Feb 2024 Accepted: 27 Mar 2024

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล เมื่ออาการทรุดลงผู้ป่วยมีทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ ความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ปัญหาสำคัญในดูแลผู้ป่วย คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้านให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลาย ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง
- รูปแบบการศึกษา** : การศึกษาวิจัยและพัฒนา
- วิธีการศึกษา** : ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 - ธันวาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 75 คน ผู้ป่วยจำนวน 60 และผู้ดูแล 60 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง รูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินรูปแบบ แบบวัดความรู้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบ แบบสอบถามความคิดเห็นของการใช้รูปแบบ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และแบบประเมินคุณภาพบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ t-test
- ผลการศึกษา** : 1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 1) ด้านโครงสร้างนโยบายพบว่า บุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ 2) ด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์พบว่า การยืมไปใช้ที่บ้านมีการชำรุดจากใช้งานไม่ถูกต้อง และขาดงบประมาณในการ

จัดซื้อ 3) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย การส่งปรึกษาแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคอง  
ล่าช้า ทำให้การตรวจเยี่ยมและประเมินเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่เป็นไปตาม  
เกณฑ์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้วัดผลลัพธ์หลังให้ความรู้ 2. ได้รูปแบบการ  
ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหารจัดการ  
ทางการพยาบาล ได้แก่ นโยบายการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG, CNPG,  
Standing order) มีพยาบาลจัดการรายกรณี 2) ด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการ  
ดูแล 7 Aspects of care 3) ด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้  
ความรู้ การชี้แจงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผลการประเมิน  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองจากผู้เชี่ยวชาญ มีความ  
เหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.9$ ,  $SD=0.1$ ) 3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้านผู้ปฏิบัติมีความรู้เพิ่มขึ้น  $p<0.01$  ความคิดเห็น  
ต่อรูปแบบที่สร้างขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.6$ ,  $SD=0.5$ ) และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ  
ร้อยละ 98.7 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ( $p<0.01$ ) ความพึงพอใจต่อบริการ  
อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.9$ ,  $SD=0.2$ ) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบ  
ประคับประคองดีกว่ากลุ่มควบคุม ( $p<0.01$ ) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน  
28 วัน ร้อยละ 6.7 อัตราการกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉินร้อยละ 10 การดูแลต่อเนื่อง  
ที่บ้านร้อยละ 80 การจัดการความปวดด้วย Strong opioid และการวางแผนล่วงหน้า  
ร้อยละ 100

- สรุป** : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว  
มีการวางแผนล่วงหน้า พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย  
แบบประคับประคอง
- คำสำคัญ** : ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง การพัฒนา

## ABSTRACT

- Background** : Patients with terminal cancer face life-threatening illness issues and spend  
a long time in nursing care. When symptoms worsen, patients experience  
physical, psychological, and emotional distress, pain, and other  
discomforts, requiring increased hospitalization. A key issue in patient care  
is proactive care planning, which requires caregivers at home to be  
adequately prepared according to defined criteria, along with diverse  
nursing practices that affect service quality.
- Objective** : To develop a model of palliative care for terminal cancer patients and  
study the effects of implementing a palliative care model for terminal  
cancer patients.
- Study Design** : Research and Development.
- Methods** : This research conducted between March 2023 and December 2023  
consisted of four stages: 1) problem study, 2) model development,  
3) model implementation, and 4) evaluation. The sample group included  
75 medical personnel, 60 patients, and 60 caregivers. Research tools

included structured interviews, care model assessment forms, caregiver and recipient knowledge assessment forms, compliance assessment forms, model usage opinion surveys, satisfaction surveys, outcome measurement forms, and service quality assessment forms. Data were analyzed qualitatively and quantitatively using content analysis, percentages, means, standard deviations, chi-square tests, and t-tests.

- Results** : 1. Study findings on terminal cancer patient care issues: 1) Policy and structural issues revealed not enough medical personnel 2) Equipment damage due to incorrect usage at home and budget constraints on purchases were identified. 3) Process issues included delayed physician consultations, leading to inadequate timely assessments and knowledge dissemination to patients and relatives without post-knowledge assessment. 2. The model of palliative care for terminal cancer patients is in a structured and comprehensive format, consisting of 1) nursing management, including patient care policies, clinical practice guidelines (CPG, CNPG, Standing order), with nurses managing individual cases, 2) care aspects based on the 7 Aspects of care 3) professional nurse capacity development, providing knowledge, guidance on end-of-life cancer patient care practices, and expert assessment finding that the care model is highly suitable (mean=4.9, SD=0.1). 3. Professional nurse competency development included knowledge provision and guidance on terminal cancer patient care practices, resulting in expert evaluation of the palliative care model, which was found highly suitable (mean = 4.9, SD = 0.1). Implementation of the palliative care model showed increased knowledge ( $p<0.01$ ), highest satisfaction with the model (mean = 4.6, SD = 0.5), and 98.7% compliance. Patient groups showed knowledge improvement ( $p<0.01$ ), highest satisfaction (mean = 4.9, SD = 0.2), and better outcomes on the Palliative outcome scale than the control group (mean = 3.8, SD = 0.5) ( $p<0.01$ ). Readmission rates within 28 days were 6.7%, emergency department readmission rates were 10%, home continuous care was 80%, strong opioid pain management and advance planning was 100%.
- Conclusion** : The palliative care model for terminal cancer patients facilitated proactive planning for patients and families, and professional nurses had standardized practices for terminal cancer patient care.
- Keywords** : Terminal cancer patients, palliative care model, development.

## หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในภาวะที่ควบคุมโรคไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปอวัยวะใกล้เคียงและอวัยวะห่างไกล เช่น ตับ ต่อมม้าม หลอดปอด สมอง ไชกระดูก เป็นช่วงสุดท้ายของการดำเนินของโรค<sup>(1)</sup>

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกในปี พ.ศ.2563 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 10 ล้านคน หรือ 1 ใน 6 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด มะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 916,000 คน มะเร็งตับ 830,000 คน<sup>(2)</sup> ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการตายจำนวน 117.5 คนต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการตาย 125.5 คนต่อแสนประชากร<sup>(3)</sup> ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่โรครุนแรงและลุกลามนั้นต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจนกว่าจะเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือ ความปวด พบได้ทุกระยะของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต<sup>(4)</sup>

โรงพยาบาลสุรินทร์ มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพเครือข่าย (Service plan) โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกรมการแพทย์ปีพ.ศ. 2557 ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก<sup>(5)</sup> และมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง<sup>(6)</sup> สถิติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มาใช้บริการที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสุรินทร์ ปีพ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 1,303 1,332 และ 1,398 คน ตามลำดับ<sup>(7)</sup> การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการส่งข้อมูลปรึกษาแพทย์และทีมดูแลแบบประคับประคองเพื่อดูแลรักษาพร้อมกับแพทย์เจ้าของไข้ มีการตรวจเยี่ยมและประเมินเพื่อวางแผน

การดูแลล่วงหน้าร่วมกับญาติผู้ป่วย ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแล การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์ของโรคไม่ครบถ้วน การส่งข้อมูลปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองล่าช้า การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการเผชิญความตายในระยะท้ายของชีวิตไม่ครบตามเกณฑ์ โรงพยาบาลในเครือข่ายมีข้อจำกัดในการใช้ยาบรรเทาปวด (Opioid) และอุปกรณ์การแพทย์ที่ยืมไปใช้ที่บ้าน จากแนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการใช้ศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การกำกับติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการให้แรงเสริมตนเอง จึงมีผู้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>(9,10)</sup> พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองสูงขึ้นจากข้อมูลดังกล่าว ประกอบกับที่ผ่านมายังไม่มีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกพยาบาลวิชาชีพ<sup>(11)</sup> 7 ประการ การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน การจัดบริการเพื่อเข้าถึงบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 - ธันวาคม พ.ศ. 2566

**พื้นที่ศึกษา** หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

**กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล** ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จำนวน 45 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 30 คน เพื่อใช้ในการทดลองรูปแบบที่สร้างขึ้น

2. ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 60 คน และผู้ดูแลจำนวน 60 คน มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมะเร็ง อายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 60 คน 2) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 มีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 และมีค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 0.05 จากการเปิดตารางและใช้สูตรคำนวณของ Cohen<sup>(12)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรวมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน เพื่อใช้ในการทดลองผู้วิจัยควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแล ชนิดของมะเร็ง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale : PPS) หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดให้เข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

## การดำเนินการศึกษา

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้  
**ขั้นตอนที่ 1** สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 15 คน ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 เกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงาน

แนวทางการแก้ไข ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยรวบรวมสรุปผลการวิเคราะห์เนื้อหาและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเสนอแนวทางการพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 2** พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยนำข้อมูลปัญหาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบการพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในเดือน เมษายน พ.ศ.2566 ส่งประเมินรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำ และนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 10 คน ปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2566

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้ โดยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองสู่การปฏิบัติใน 2 ส่วน คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 30 คน โดยวัดความรู้ด้วยแบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนการอบรม (pretest) และประกาศใช้นโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ในเดือน เมษายน พ.ศ.2566 และวัดความรู้ซ้ำ (posttest) หลังนำรูปแบบไปใช้ 3 เดือน ด้วยแบบวัดความรู้ชุดเดิม ประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ร่วมกับการสอบถามผู้ปฏิบัติ และติดตามนิเทศ

2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 60 คน โดยกลุ่มควบคุมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบเดิม และกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

**ขั้นตอนที่ 4** ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ ประเมินจากคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบและแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

2. ด้านผู้รับบริการ ประเมินผลลัพธ์จากคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของการให้บริการ

3. ด้านคุณภาพการบริการ ประเมินจากตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน ร้อยละการดูแลต่อที่บ้าน ร้อยละการได้รับการจัดการความปวดด้วยยา Strong opioid และร้อยละการได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ผ่านการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้คะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.9$ ,  $SD=0.1$ ) มี 3 องค์ประกอบ คือ การบริหารจัดการทางการแพทย์ การพยาบาลตามมาตรฐาน 7 Aspects of care และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างนโยบาย อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ กระบวนการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา ใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC= 1

2.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน ดัดแปลงมาจากแนวทางการประเมินนวัตกรรมของกรมวิชาการ<sup>(13)</sup> เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการพยาบาล ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน และด้านความเป็นประโยชน์ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.91 หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.93

2.3 แบบทดสอบความรู้ของผู้ให้บริการวัดความรู้เรื่องมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง สร้างขึ้นตามกรอบมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 25 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.97 ค่าความยากง่าย 0.20-0.84 ค่าอำนาจจำแนก 0.20-0.80 และค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 ได้ 0.82

2.4 แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพประยุกต์จากรูปแบบการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care มี 2 ข้อคำถามให้เลือก คือ ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ ตอบปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.96 หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.74

2.5 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง (สำหรับผู้ป่วย) มีคำถาม 10 ข้อ คะแนน 0-4 คะแนน กำหนดน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC= 1 ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

2.6 แบบวัดความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แบบถูกผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC=0.97 ค่าความ

ยากง่าย 0.50-0.80 ค่าอำนาจจำแนก 0.27-1.00 และค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสันสูตรที่ 20 ได้ 0.82

2.7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง สร้างขึ้นตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC=0.93 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.94

2.8 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสุรินทร์ (พยาบาลวิชาชีพผู้นำรูปแบบไปปฏิบัติ) สร้างขึ้นเองตามวัตถุประสงค์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC=0.93 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.97

2.9 แบบประเมินคุณภาพบริการ สร้างจากตัวชี้วัดด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน การกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน การจัดการความปวดด้วยยา Strong opioid และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC=1

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเปรียบเทียบใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีคู่และการทดสอบระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบค่าทีอิสระ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับโรงพยาบาลตามเกณฑ์ ICH-GCP เลขที่หนังสือรับรอง 05/2566 วันที่รับรอง 8 มีนาคม พ.ศ.2566 หมดยุติ วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ.2567 และนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิตัดสินใจไม่ร่วมวิจัยได้

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง มีดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ด้านโครงสร้างนโยบาย พบว่าบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยมีจำนวนไม่เพียงพอ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ต้องยืมไปใช้ที่บ้านชำรุดเสียหายจากการใช้งานไม่ถูกต้อง ด้านกระบวนการทำงาน การส่งปรึกษาแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคองล่าช้า ทำให้การตรวจเยี่ยมและประเมินเพื่อวางแผนล่วงหน้าไม่เป็นตามเกณฑ์เนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้จำหน่ายผู้ป่วยก่อนที่ทีมการดูแลแบบประคับประคองจะเข้าตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้วัดผลลัพธ์หลังให้ความรู้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่ครอบคลุมตามมาตรฐาน พยาบาลระดับปฏิบัติประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในวางแผนดูแลล่วงหน้าและการวางแผนจำหน่าย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ผ่านการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญได้คะแนนความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.9$ ,  $SD=0.2$ ) ด้านเนื้อหา ( $\bar{X}=5.0$ ,  $SD=0.0$ ) ด้านการพยาบาล ( $\bar{X}=4.9$ ,  $SD=0.2$ ) ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน ( $\bar{X}=4.8$ ,  $SD=0.3$ ) และด้านความเป็นประโยชน์ ( $\bar{X}=4.9$ ,  $SD=0.2$ ) โดยรูปแบบมี 3 องค์ประกอบดังนี้

2.1 การบริหารจัดการทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) จัดโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามควบคุม กำกับตามแนวปฏิบัติ 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้เป็นผู้ประสานและเป็นแกนนำ การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมการพยาบาล 3) กำหนดนโยบาย ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 4) จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG), Care map, Clinical Practice Guidelines (CPG), Standing order มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค 7 Aspects of care, Flow การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค คู่มือประจำตัวผู้ป่วย คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย

2.2 การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่าง ถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในความดูแล ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยระยะ ท้าย (Palliative performance scale) มากำหนดเป็น แนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการกับ อาการรบกวนต่างๆ เป็นการช่วยเหลือหรือบรรเทา อาการรบกวนต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น หายใจ ลำบาก อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ วิตกกังวล กลัว เป็นต้น โดยใช้แบบประเมิน ติดตามอาการผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton symptom assessment system) 3) การดูแลความปลอดภัย เป็นการจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล และการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ให้มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย 4) การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล

เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ คาดว่าอาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การป้องกัน อันตรายจากการให้ยา Strong opioid การให้ออกซิเจน การจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น 5) การให้การดูแล ต่อเนื่อง เป็นการจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย แต่ละราย เช่น การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาลไปยัง เครือข่ายชุมชน การประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล โดยการจัดการกิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง การจัดการความปวด การใช้ยาเร่งปวด และ การวางแผนล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและ ครอบครัว เป็นกิจกรรมช่วยเหลือให้ความรู้ และการ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การขอความช่วยเหลือ การส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด รวมทั้ง การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล 7) การสร้าง ความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการสร้าง สัมพันธภาพที่ดี โดยการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวัง ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2.3 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) การจัดการประชุม เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายแบบประคับประคอง และการสอนให้บุคลากร ที่จุดบริการผู้ป่วย 2) จัดระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ให้คำปรึกษาพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย และเป็น วิทยากรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคอง 3) ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะพักรักษา กระทั่งวางแผนจำหน่ายและ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายแบบประคับประคอง

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า 1) คะแนนความรู้หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม  $p < 0.010$  (ตารางที่ 1) 2) คะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบที่สร้างขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 2) 3) การปฏิบัติตาม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ในภาพรวมปฏิบัติตามร้อยละ 98.7 (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

ตัวแปร	ก่อนให้ความรู้ (n=30)		หลังให้ความรู้ (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
คะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 25)	16.0	2.9	20.8	2.2	- 7.060**	0.010

\*\*p<0.01

**ตารางที่ 2** ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
ความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบ (75)	4.6	0.5	มากที่สุด
ด้านโครงสร้างนโยบาย (20)	4.5	0.5	มาก
ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ (30)	4.6	0.5	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้ (25)	4.8	0.4	มากที่สุด

**ตารางที่ 3** การปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจสอบตามแบบตรวจสอบที่สร้างขึ้น

กิจกรรม	คะแนนการปฏิบัติ		
	จำนวนครั้งที่สังเกต	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติ	ร้อยละ
การประเมินผู้ป่วย (7)	210	202	96.2%
การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (3)	90	90	100.0%
การดูแลความปลอดภัย (3)	90	90	100.0%
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (2)	60	60	100.0%
การให้การดูแลต่อเนื่อง (4)	120	119	99.2%
การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (4)	120	119	99.2%
การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (3)	90	90	100.0%
ภาพรวม	780	770	98.7%

3.2 ด้านผู้รับบริการ พบว่า 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทุกตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแลชนิดของมะเร็ง และความสามารถการช่วยเหลือตนเอง (p=0.05) 2) คะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะท้ายแบบประคับประคอง 3) คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการ และ 3) คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม p=0.000 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
คะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 16)	12.4	1.5	15.5	0.9	-9.728**	0.000
คะแนนความพึงพอใจ (24 ข้อ 5 ระดับ)	3.7	0.8	4.9	0.2	-8.714**	0.000
คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (10 ข้อ 5 ระดับ)	2.9	0.3	3.8	0.5	-8.453**	0.000

\*\*p&lt;0.01, df = 58

3.3 ด้านคุณภาพบริการ พบว่า หลังการ ด้วยยา Strong opioid และการวางแผนการดูแล ทดลอง การดูแลต่อเนื่งที่บ้าน การจัดการความปวด ล่วงหน้าดีกว่าก่อนทดลอง p<0.01 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพการบริการก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวชี้วัดคุณภาพ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		X <sup>2</sup>	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	5	16.7%	2	6.7%	11.358 <sup>a</sup>	0.078
2. การกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน	10	33.3%	3	10%	13.243 <sup>a*</sup>	0.039
3. การดูแลต่อเนื่งที่บ้าน	21	70%	24	80%	47.429 <sup>a**</sup>	0.000
4. การจัดการความปวดด้วยยา Strong opioid	22	73.3%	30	100%	16.326 <sup>a**</sup>	0.012
5. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	29	96.7%	30	100%	60.000 <sup>a**</sup>	0.000

\*p&lt;0.05, df = 29

## อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ด้านโครงสร้างนโยบาย พบว่าบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ สอดคล้องกับสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มีรับบริการที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ยืมไปใช้ที่บ้านชำรุดจากการใช้งานไม่ถูกต้อง<sup>(14)</sup> สอดคล้องกับสถิติเครื่องมือแพทย์ชำรุดของศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะยาว ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย การปรึกษาแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคองล่าช้า ทำให้การตรวจเยี่ยมและประเมินเพื่อวางแผนล่วงหน้าไม่เป็นตามเกณฑ์ เนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้จำหน่ายผู้ป่วยก่อนที่ทีมการดูแลแบบประคับประคองจะเข้าตรวจเยี่ยมเพื่อประเมิน และวางแผนการดูแลล่วงหน้า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้วัดผลลัพธ์หลังให้ความรู้ ซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบสองทางข้างเตียงผู้ป่วย

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองประกอบด้วย การบริหารจัดการทางการพยาบาล การพยาบาลตามมาตรฐาน 7 Aspects of care และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีโครงสร้างการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน มีการประสานเชื่อมโยงสหสาขาวิชาชีพทำให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น โดยกำหนดการปฏิบัติให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย และมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชน รูปแบบที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้นได้มีการพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา<sup>(15)</sup> และกระบวนการควบคุมคุณภาพ<sup>(16)</sup> มาเป็นหลักสำคัญในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล<sup>(17)</sup>

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นไปตามมาตรฐานพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น ผู้ปฏิบัติเห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care เพิ่มเติมจากการใช้กระบวนการพยาบาลแบบเดิม ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จะเห็นได้จากคะแนนความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการจัดการความปวด และได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าดีขึ้น สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโรงพยาบาลยโสธร<sup>(18)</sup> พบว่าหลังใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองการจัดการความปวดดีขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีความรู้สามารถจัดการตนเองได้เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช<sup>(19)</sup> พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยช่วยสนับสนุนให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ผู้ให้บริการมีวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยจังหวัดลำปาง<sup>(20)</sup> พบว่า หลังใช้รูปแบบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ

## สรุป

จากการดำเนินการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์ที่สร้างขึ้น เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจสามารถวางแผนล่วงหน้าและจัดการตนเองได้ดีมากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ นายแพทย์เฉลียว สัตตมัย ดอกเตอร์เพ็ญจันทร์ วันแสน เจ้าหน้าที่ทุกคน ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการให้บริการนี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ ควรให้ความรู้แก่ประชาชนหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุทัศน์ วิทยุ เอกสาร แผ่นพับ หรือวิทยุชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง
2. ด้านผู้ให้บริการ ควรพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยการอบรมในหลักสูตรต่างๆ ทั้งหลักสูตรระยะสั้น และระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P. Palliative and end-of-life care : Clinical practice guideline. 2<sup>nd</sup>. ed. Philadelphia : Mosby ; 2006.
2. World Health Organization [Internet]. Definition of palliative care [cited 2023 Apr. 4]. Available from: URL <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2563.
4. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2561-2565. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
5. World Health Organization. Pain relief and palliative care in National cancer control programs. Policies and managerial guidelines Geneva : World Health Organization. ; 2002 : 83-91.

6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การณักรักษ์. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา ; 2561.
7. โรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานสถิติข้อมูลการให้บริการ ปี พ.ศ.2564-2566. สุรินทร์ ; โรงพยาบาลสุรินทร์ ; 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research. J Mark 1985;49(4):41-50. Doi 10.2307/1251430.
9. จุฬารณณ์ คำพานุทย์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อารมณ์หายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2550.
10. เบนจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาคุชะ, ทศพร ผลศิริ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2555;39(4):124-47.
11. กฤษดา แสงวดี, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. การประกันคุณภาพการพยาบาล ในโรงพยาบาล : งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ; 2544.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York : Academic Press ; 1977 : 384.
13. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. เอกสารประกอบหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : ครูสภาลาดพร้าว ; 2545.
14. โรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานสถิติข้อมูลการให้บริการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ปี พ.ศ.2564-2566. สุรินทร์ : โรงพยาบาลสุรินทร์ ; 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
15. วาโร เฟิงส์สวัสดิ์. การวิจัยและการพัฒนา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2552;1(2):1-12.
16. วัชรชน ขอพรกลาง. การควบคุมคุณภาพ. กรุงเทพฯ : ซีไอเดียเคชั่น ; 2560.
17. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โลโสสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(6):1101-11.
18. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาดฤดี สุลีสถิร, สุนิสา ชื่นตา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโยธธา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563;5(2): 36-45.
19. วาสนา สวัสดิ์ดินถนาท, อมรพันธุ์ ธาณีนรัตน์, ธารทิพย์ วิเศษธาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(1):144-56.
20. รัตนาภรณ์ รักษาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิต วงศ์ใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565; 4(2):1-19.