

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองความไม่สบายทั้งกาย
และใจต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

Model of Palliative Care in Terminal Cancer Patients
with Ability to Care for Patients of Relative

ณัฐพร โพธิ์ลูน, พย.บ.*

Nuttaporn phothiloon, B.N.S.*

*โรงพยาบาลสนม จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32160

*Sanom Hospital, Surin Province, Thailand, 32160

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

Recived : 21 Apr 2025 Revised: 05 Jun 2025 Accepted: 16 Jul 2025

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ต้องเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การรักษาที่ใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่อง เมื่ออาการป่วยทรุดลงผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ปัญหาสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยโดยญาติ จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ
- รูปแบบการศึกษา** : การวิจัยและพัฒนา
- วิธีการศึกษา** : แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) ตรวจสอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 3) ทดลองใช้โปรแกรมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยนำไปทดลองระบบกับกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 ราย โดยการเลือกแบบอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และแบบประเมินความเครียด สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t-test
- ผลการศึกษา** : ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองประกอบด้วยปัจจัยนำเข้าได้แก่ ระบบการขึ้นทะเบียน การเตรียมความพร้อมญาติ ระบบการส่งต่อชุมชน ระบบการดูแลและการจัดการความเครียดของญาติ กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมและการจัดการความเครียดของญาติ การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแล การประสานงาน ปัจจัยนำออก ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และ 3) ความเครียด ผลย้อนกลับได้แก่ การปรับปรุงและทบทวน การจัดการความรู้ 2) ภายหลังการทดลอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสนม มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.01$

- สรุป** : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ นำไปทดลองใช้สามารถทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ และมีทักษะเพิ่มขึ้น และความเครียดลดลงได้ ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีบริบทเดียวกันสามารถนำระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยได้
- คำสำคัญ** : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การดูแลผู้ป่วยของญาติ

ABSTRACT

- Background** : Ability to care for patients of relative with terminal cancer face life-threatening illness issues spend a long time medical treatment and continuously. When symptoms worsen, the patients experience physical, mental health, pain and other. The main problem is the care of the patient by the relatives, so it is an important role in caring for the patient.
- Objective** : The purpose of this research was model of palliative care in terminal cancer patients with ability to care for patients of relative.
- Study design** : Research and development.
- Methods** : The research process is divided into 3 steps. 1) Synthesize palliative care model for terminal cancer patients 2) Examine the palliative care model for terminal cancer patients and 3) Test the program on the ability of relatives to care for patients by applying the theory of self-efficacy. caregivers for terminally ill patients were included 30 participants in Sanom Hospital, Surin Province. The simple random sampling. The instruments were application program of self-efficacy theory, knowledge assessment, patient care skills assessment and stress assessment. Percentage, mean, standard deviation, and Paired sample t-test were applied for data analysis.
- Results** : The results of this research and development were as follows: 1) model of palliative care in terminal cancer patients included Input: registration system, relative preparation, community referral system, and relative care and stress management system. Process: preparing and management stress in relatives, patient assessment and care planning, coordination. Output: knowledge palliative care in terminal cancer patients, patient care skills, and stress. Feedback: improvement and review and knowledge management. 2) After intervention program, palliative caregivers for terminal cancer patients Sanom Hospital had increased knowledge and patient care skills progressive and reduced stress at a statistical level of $p \leq 0.01$.
- Conclusion** : Conclusion and recommendations: The model of palliative care in terminal cancer patients with relative's ability to care for the patient using for testing can help caregivers had knowledge and patient care skills progressive and reduced stress so the hospitals same contexts can implement palliative care systems to develop the capacity of caregivers.
- Keyword** : model of palliative care, terminal cancer patients, Care patient's relatives.

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลรายงานขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ สังกัดองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด 83,334 คน เป็นเพศชายจำนวน 47,153 คน และเพศหญิง 36,181 คน⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีระยะเวลาในการดำรงชีวิตจำกัด โดยเน้นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้บรรเทาอาการทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด⁽³⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาได้ จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Schroeder and Lorenz, 2018) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลแบบประคับประคองเชิงรุกที่เน้นระบบการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกทำให้สามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ง่ายและรวดเร็วกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ซึ่งการดูแลต้องครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และด้านกฎหมาย⁽⁴⁾ ทีมพยาบาลผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพเป็นแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต้องการพยาบาลต้องมีความรู้ทัศนคติที่ดี และผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง⁽⁵⁾ และมีแนวคิดการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสามารถทำงานเป็นสหวิชาชีพได้⁽⁶⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลงเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ กระบวนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบการดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน

ซึ่งจะช่วยลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลและช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล⁽⁸⁾

การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นทฤษฎีที่ Bandura ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองหมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้มากน้อยเพียงใด ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลได้พัฒนามาจากปัจจัยความสำเร็จจากการกระทำ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การให้คำชี้แจง และสภาวะร่างกาย⁽⁹⁾ ผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ 10 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 100 คน วิจัยดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) ออกแบบและพัฒนา 3) ทดลองใช้ระบบการพยาบาล และ 4) ประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยรับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการพยาบาลได้ถูกต้อง รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองอย่างถูกต้อง และรับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสูงกว่าก่อนไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้ระบบการพยาบาลในระดับมากที่สุด⁽¹⁰⁾

การดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อผู้ดูแล โดยหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹¹⁾ ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตโดยการสนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแลจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยสูงอายุ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง เนื่องจากญาติหรือกลุ่มผู้ดูแลจะเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เป็นผู้มีหน้าที่ในการช่วยตัดสินใจสื่อสาร ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้ตอบสนองต่อความต้องการของตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้กับความตายที่กำลังเผชิญ ประคับประคองผู้ป่วยที่ต้อง

ประสบกับการสูญเสียทั้งด้านบทบาท หน้าที่ และความสูญเสียในด้านอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่สามารถที่จะยอมรับเมื่อโรคได้มีการดำเนินจนเข้าสู่ช่วงระยะท้ายของชีวิต แต่จากโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงด้านบริบททางสังคม เช่น การที่ครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่จากในอดีตญาติพี่น้องมีความสนิทสนม การเจ็บป่วยมีญาติช่วยดูแล ลูกดูแลพ่อแม่ เมื่อเกิดการตายซึ่งมักจะเกิดในบ้าน บุตรหลานได้เรียนรู้ในการเตรียมผู้เจ็บป่วย แต่ในภาวะปัจจุบันการตายมักเกิดขึ้นในโรงพยาบาล บทบาทการดูแลของญาติปรับเปลี่ยนไปโดยเน้นการดูแลในสถานพยาบาล ซึ่งจะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลขาดโอกาสในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อให้ได้อยู่ในสถานที่และสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ได้รับการดูแลที่ดีและได้รับความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว⁽¹²⁾ โดยจะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตต้องเผชิญปัญหาด้านร่างกาย เช่น อาการเพลีย สับสน การเบื่ออาหาร ภาวะขาดน้ำ การปวด หายใจเหนื่อย ท้องผูก ไม่สามารถปัสสาวะได้ เผชิญการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ความรู้สึกกลัว ซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด การให้ความหมายในชีวิตที่เปลี่ยนแปลง การไม่ยอมรับต่อความตาย⁽¹³⁾ ด้วยเหตุนี้ยิ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของญาติหรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้าย

โรงพยาบาลสนม อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) จำนวน 30 เตียง ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองภายใต้นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปตามตัวชี้วัดและมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ จากการดำเนินการที่ผ่านมาโรงพยาบาลสนมพบปัญหาว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนาความรู้และความตระหนัก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติ

และครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญยิ่งในการดูแล ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับญาติที่ดูแลคือ ความรู้ ความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ปัญหาและความต้องการและผลงานวิจัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติมีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) ตรวจสอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และ 3) ทดลองใช้โปรแกรมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของญาติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา⁽¹⁴⁾ มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นโยบาย ระเบียบข้อบังคับและบริบทพื้นที่ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และ

ญาติที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 3 คน โดยการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา⁽¹⁵⁾ ร่างแนวทางการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของญาติ โรงพยาบาลสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า 1) ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) การเตรียมความพร้อมญาติดูแลผู้ป่วย 3) ระบบการส่งต่อชุมชน และ 4) ระบบการดูแลและการจัดการความเครียดของญาติ

ระยะที่ 2 ตรวจสอบและปรับปรุงระบบจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำร่างแนวทางโปรแกรมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของญาติ ในระยะที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และแบบประเมินความเครียดเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ด้านระยะเวลา ด้านสื่อและอุปกรณ์ ด้านวิธีดำเนินการ และด้านกิจกรรม 0.9 1.0 1.0 0.9 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำเสนอผลการปรับปรุงแก้ไขต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงานก่อนนำมาใช้ดำเนินการจริง พร้อมปรับปรุง นำไปทดลองใช้ (Try out) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.90

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของญาติ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลักที่แพทย์วินิจฉัยให้เป็นผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสนม จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดใหญ่ ES (Effect size) = 0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้จำนวนกลุ่มละ 20 คน⁽¹⁶⁾ กรณีคำนวณหา n ทดสอบที่ผู้วิจัยได้ว่าเป็นผลการทดลองขนาดที่เหมาะสม มีความสำคัญในระดับปฏิบัติการที่ยอมรับได้ โดยเป็นการแจกแจงแบบปกติแต่เพื่อเป็นการป้องกันการหลุดหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling)⁽¹⁴⁾ โดยการจับฉลากร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศ ชาย-หญิง ที่แพทย์วินิจฉัยให้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และญาติตัดสินใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

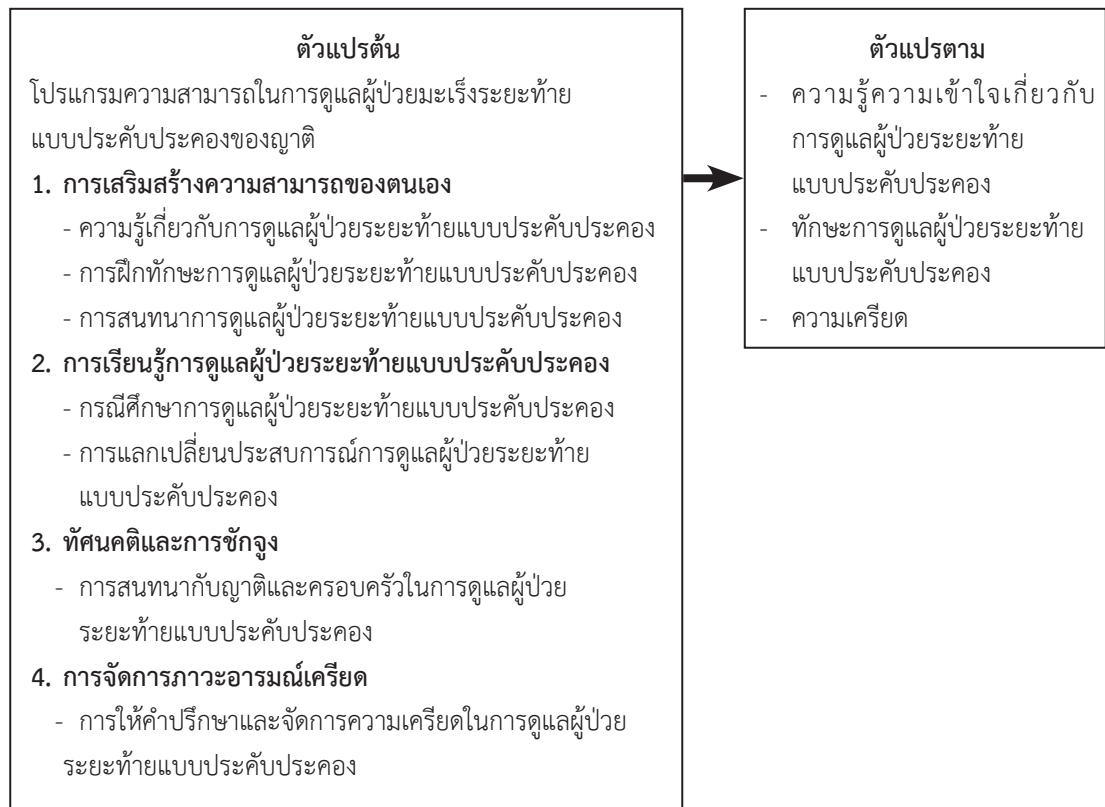
เกณฑ์การคัดออก ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย หรือกลับใจถอนตัวไม่เข้าร่วมการดำเนินการวิจัย ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 112/2567 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการพัฒนาความสามารถ⁽⁹⁾ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของญาติ ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความสามารถของตนเองได้แก่ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และการสนทนากับญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) การเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองได้แก่ กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 3) ทักษะและการซักถาม ได้แก่ การสนทนากับญาติและ

ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และ 4) การจัดการภาวะอารมณ์เครียด ได้แก่ การให้คำปรึกษาและจัดการความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการใช้สื่อได้แก่ วิดีโอ ยูทูบ การสนทนา กรณีศึกษา แผ่นพับ การให้คำปรึกษาการสื่อสารผ่านช่องทางไลน์ การเยี่ยมบ้าน และ Power point

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ศาสนา ระยะเวลาในการดูแล และโรคประจำตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ

2. แบบประเมินความเครียด (SPST-20) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย เป็นชั่วคราว เป็นบ่อยๆ เป็นประจำ⁽¹⁷⁾ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9 จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน คือ ตอบอาจตอบไม่ตรงตามความจริง 6-17 คือ ปกติ/ไม่เครียด 18-25 คือ เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 26-29 คือ เครียดปานกลาง และ 30 คะแนนขึ้นไป คือ เครียดมาก

3. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ลักษณะของแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้⁽¹⁴⁾ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถูก ให้ 1 คะแนน และผิด/ไม่แน่ใจ ให้ 0 การแปลผล ร้อยละ 80.0-100.0 คือ ความรู้ระดับดี 50.0-79.9 คือ ระดับปานกลาง 0.0-49.9 คือระดับปรับปรุง

4. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ลักษณะของแบบประเมินทักษะเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้งบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้⁽¹⁴⁾ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 จำนวน 29 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-4 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.0-4.0 คือ ระดับดีมาก 2.0-2.9 คือ ระดับดี 1.0-1.9 คือ ปานกลาง และ 0.0-0.9 คือ ปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 - มีนาคม พ.ศ. 2568 มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย และประชาสัมพันธ์โดยแจ้งและติดประกาศเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างทั่วถึงทุกแผนก และชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยประเมินความเครียด ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติของญาติก่อนการดำเนินการทดลอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระยะเวลา 12 สัปดาห์ตามแผนการวิจัย

4. ผู้วิจัยประเมินแบบประเมินความเครียด ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติของญาติหลังดำเนินการทดลอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างความวิตกกังวล และความเครียด ภายในกลุ่มก่อน-หลังการทดลอง Paired sample t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่ เพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 50.0 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.7 รายได้ครอบครัวระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด และปากมดลูก 7 ราย มะเร็งตับ 6 ราย มะเร็งลำไส้และท่อน้ำดี 5 ราย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียด ความรู้ และทักษะการปฏิบัติ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความรู้	35.0	16.1	ระดับปรับปรุง	85.3	11.9	ดี
2. ทักษะการปฏิบัติ	1.5	0.1	ระดับปานกลาง	3.0	0.1	ดีมาก
3. ความเครียด	51.3	4.4	ระดับเครียดมาก	23.2	13.8	สูงกว่าปกติเล็กน้อย

จากตารางที่ 1 ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีระดับเครียดมาก หลังการทดลอง 1. มีความรู้แบบประคับประคอง โรงพยาบาลสนม พบว่า ก่อนการทดลองมี 1. มีความรู้ ร้อยละ 35.0 (SD=16.1) ระดับปรับปรุง 2. มีทักษะการปฏิบัติ 1.5 (SD=0.1) ระดับปานกลาง 3. ความเครียด ค่าเฉลี่ย 51.3 (SD=4.4) มีระดับเครียดมาก หลังการทดลอง 1. มีความรู้ ร้อยละ 85.3 (SD=11.9) ระดับดี 2. มีทักษะการปฏิบัติ 3.0 (SD=0.1) ระดับดีมาก และ 3. มีความเครียด ค่าเฉลี่ย 23.2 (SD=13.8) มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	การทดลอง	n	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ความเครียด	ก่อนทดลอง	30	51.3	4.4	10.6	<0.01
	หลังทดลอง	30	23.2	13.8		

จากตารางที่ 2 ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มโดยใช้ paired t-test พบว่า ภายหลังการทดลอง โรงพยาบาลสนม ก่อนการทดลอง มีความเครียด ค่าเฉลี่ย 51.3 (SD=4.4) หลังการทดลอง มีความเครียด ค่าเฉลี่ย 23.2 (SD=13.8) เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในทางสถิติ p<0.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	การทดลอง	n	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	30	35.0	16.1	18.1	<0.01
	หลังทดลอง	30	85.3	11.9		

จากตารางที่ 3 ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย นำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test แบบประคับประคอง โรงพยาบาลสนม ก่อนการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองมีความรู้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 35.0 (SD=16.1) หลังการทดลองมีความรู้ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 85.3 (SD=11.9) เมื่อ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทักษะการปฏิบัติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	การทดลอง	n	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ทักษะการปฏิบัติโดยรวม	ก่อนทดลอง	30	1.5	0.1	28.1	<0.01
	หลังทดลอง	30	3.0	0.1		
1.1 การดูแลด้านสถานที่	ก่อนทดลอง	30	1.8	0.0	14.2	<0.01
	หลังทดลอง	30	3.1	0.0		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทักษะการปฏิบัติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30) (ต่อ)

ตัวแปร	การทดลอง	n	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
1.2 การดูแลด้านร่างกาย	ก่อนทดลอง	30	1.7	0.0	10.3	<0.01
	หลังทดลอง	30	3.0	0.0		
1.3 การดูแลด้านอาหาร	ก่อนทดลอง	30	1.2	0.0	32.5	<0.01
	หลังทดลอง	30	3.4	0.0		
1.4 การดูแลด้านการเคลื่อนไหว	ก่อนทดลอง	30	2.0	0.0	7.4	<0.01
	หลังทดลอง	30	3.3	0.0		
1.5 การดูแลด้านการเจ็บปวด	ก่อนทดลอง	30	1.4	0.0	10.3	<0.01
	หลังทดลอง	30	2.5	0.0		
1.6 การดูแลด้านการหายใจลำบาก	ก่อนทดลอง	30	1.3	0.6	9.2	<0.01
	หลังทดลอง	30	2.7	0.0		
1.7 การดูแลด้านอาการท้องผูก	ก่อนทดลอง	30	1.3	0.0	29.0	<0.01
	หลังทดลอง	30	3.2	0.0		

จากตารางที่ 4 ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสนม ก่อนการทดลองมีทักษะโดยรวมและแยกในแต่ละด้าน ได้แก่ การดูแลด้านสถานที่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านอาหาร การดูแลด้านการเคลื่อนไหว การดูแลด้านการเจ็บปวด การดูแลด้านการหายใจลำบาก และการดูแลด้านอาการท้องผูกเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มโดยใช้ paired t test พบว่า ภายหลังการทดลองมีทักษะโดยรวมและแต่ละด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ โรงพยาบาลสนม จังหวัดสุรินทร์ องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า 1) ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) การเตรียมความพร้อมญาติดูแลผู้ป่วย 3) ระบบการส่งต่อชุมชน และ 4) ระบบการดูแลและการจัดการความเครียดของญาติ เมื่อนำไปทดลองใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับการจัดการความเครียด พบว่า ภายหลังการ

ทดลอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสนม มีความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.01$ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาภายใต้บริบทของโรงพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพ ความต้องการของญาติและชุมชน โดยนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการจัดการความเครียดในการดำเนินการวิจัย การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาและให้กำลังใจผ่านช่องทางไลน์ของญาติผ่านสื่อการสอนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต การโต้ตอบทางไลน์ทางโทรศัพท์ มีการติดตาม กำกับ การเยี่ยมบ้าน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรค จึงส่งผลทำให้การดำเนินงาน คือ ปัจจัยนำออก โดยระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง การเตรียมความพร้อมญาติดูแลผู้ป่วย ระบบการส่งต่อชุมชนระบบการดูแลและการจัดการความเครียดของญาติ นำไปสู่กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมญาติ และการจัดการความเครียดของญาติ การประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน และการประสานงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบ

ประคับประคอง ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่ดีขึ้น และความเครียดลดลง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาได้จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม⁽¹⁸⁾ สอดคล้องแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุกที่เน้นระบบการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกทำให้สามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ปฏิบัติสามารถทำตามได้ง่ายและรวดเร็ว⁽⁴⁾ สอดคล้องแนวคิดที่ว่ากระบวนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบการดูแลต่อเนื่องถึงบ้านซึ่งจะช่วยลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลและช่วยลด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล⁽⁸⁾ สอดคล้องผลการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ความรู้ การชี้แจงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง และผลการใช้รูปแบบ ด้านผู้ปฏิบัติมีความรู้เพิ่มขึ้น $p < 0.01$ ⁽¹⁹⁾ สอดคล้องผลการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลยโสธร พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น มีอาการปวดลดลงจากระดับรุนแรงมาอยู่ในระดับปานกลาง เครียดและความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก⁽²⁰⁾ สอดคล้องผลการศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิจัยและพัฒนาผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ระดับมาก และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล⁽²¹⁾ สอดคล้องผลการศึกษาการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.027$)⁽²²⁾ สอดคล้องผลการศึกษาเรื่องการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่า วงจรการพัฒนาคุณภาพของเดิมตามหลัก PDCA สามารถสร้างและพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่ได้แต่ละขั้นตอน คือ Plan และ Do พัฒนาเป็นระบบการคัดแยกและเกิดแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ Check และ Act⁽²³⁾

สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) การเตรียมความพร้อมญาติดูแลผู้ป่วย 3) ระบบการส่งต่อชุมชน และ 4) ระบบการดูแลและการจัดการความเครียดของญาติ ส่งผลกระทบให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีขึ้นและความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้บริการควรพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทักษะการปฏิบัติ และการจัดการความเครียด ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสม เช่น การฝึกทักษะ การสาธิต กรณีศึกษา วิดีทัศน์ การสนทนาผ่านพับ เป็นต้น
2. ผู้ให้บริการควรพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจและสมรรถนะภายใต้วิชาชีพและความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการจัดอบรมตามหลักสูตรระยะสั้น การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394-24. doi: 10.3322/caac.21492.
2. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2567-2575. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2567.
3. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2014;28(2):130-4. doi: 10.3109/15360288.2014.911801.
4. Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e21-e38. doi: 10.1111/jocn.13912.
5. นิทรา กิจธีระวุฒิมัช, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อรรพรรณ กิตติสิโรจน์, จริญญา แห่งสันติเยะ. การดูแลแบบประคับประคองในระบบสาธารณสุขอำเภอ. *วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2561;12(15):1-12.
6. Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *Int J Palliat Nurs* 2014; 20(2):75-81.
7. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ* 2563;5(2):36-45.
8. van der Plas AG, Vissers KC, Francke AL, Donker GA, Jansen WJ, Deliens L, et al. Involvement of a Case Manager in Palliative Care Reduces Hospitalisations at the End of Life in Cancer Patients; A Mortality Follow-Back Study in Primary Care. *PLoS One* 2015;10(7):e0133197. doi: 10.1371/journal.pone.0133197.
9. Bandura A. Social Cognitive Theory. In: Vasta R, Edited. *Annals of Child Development. Six Theories of Child Development Vol.6.* Greenwich, CT: JAI Press ; 1989 :1-60.
10. นิตยา มณีท่าโพธิ์, พรณิ ชูศรี, สมพร เจษฎาญาณเมธา, ปัญญา เกื้อนด้าง, วิภาพร สิทธิศาสตร์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2565;40(4):1-12.
11. ทศพร ทองประทีป. พยาบาล: การอยู่ร่วมกับคนใกล้ตาย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2552.
12. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ : สื่อตะวันตก ; 2559.
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]. ค้นได้จาก:URL: https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf.
14. ธนกร ปัญญาโสโสภณ. การวิจัยบริการทางสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด ; 2567.
15. ศิริพร จิรวัดนกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์ ; 2552.

16. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral science. New York : Academic Press ; 1969.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (สพฐ.-20). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2567]. ค้นได้จาก:URL:<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/697>.
18. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. Asia Pac J Oncol Nurs 2018;5(1):4-8. doi: 10.4103/apjon.apjon_43_17.
19. ธัญธรณ์ ทรัพย์เบญจภาคิน, มนัสกานต์ ชื้อสตัย, วิวัศ กิตติวีรวงศ์, อกนิษฐ์ ชาติกิจอนันท์, พัฒนา พ่อคำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2567;39(1):185-96.
20. นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์, นาถฤดี สุลีสิทธิ์, สุนิสา ชื่นตา. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563;5(2):36-45.
21. กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, นาภรณ์ รักษาติ. การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา. วารสารกองการพยาบาล 2564;48(2):1-14.
22. รัตนภรณ์ รักษาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงศ์ใหญ่, ภัทรดนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2564;4(2):1-19.
23. ยุทธามาส วันดาว. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):224-33.