



# การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

## Development of a Model for Continuing Palliative Care at Home in Contracting Unit for Primary Care

เพ็ญพิมพ์ ปันระสี<sup>1</sup> ภัทราบูลย์ นาคสูสุข<sup>1</sup>

Phiangphim Punrasi<sup>1</sup> Patrabul Naksusuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

<sup>1</sup>Nakhonsawan Campus, Mahidol University

Corresponding author: Phiangphim Punrasi; Email: phiangphim.pun@mahidol.ac.th

Received: July 18, 2021 Revised: December 20, 2021 Accepted: January 17, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอเขตชนบท แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารวมทั้งสิ้น 73 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบแสดงความคิดเห็นถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายและสถิติทดสอบ paired sample t- test ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีขีดจำกัดการเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน และได้รับบริการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้านที่ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครอบคลุม และไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล 2) รูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น มี 3 ขั้นตอนคือขั้นแรกเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ ขั้นที่สองเป็นการให้บริการดูแลระดับประคองที่บ้าน และ ขั้นที่สามเป็นการติดตามและประเมินผล รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมเฉลี่ยร้อยละ 98.21 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 95.25 3) การนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่วิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงซึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  นอกจากนี้ยังทำให้ประชาชนในพื้นที่บริการปฐมภูมิเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.39 เป็นร้อยละ 81.32

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน; เครือข่ายบริการปฐมภูมิ



## Development of a Model for Continuing Palliative Care at Home in Contracting Unit for Primary Care

Phiangphim Punrasi<sup>1</sup> Patrabul Naksusuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nakhonsawan Campus, Mahidol University

Corresponding author: Phiangphim Punrasi; Email: [phiangphim.pun@mahidol.ac.th](mailto:phiangphim.pun@mahidol.ac.th)

Received: July 18, 2021 Revised: December 20, 2021 Accepted: January 17, 2022

---

### Abstract

This research and development study aimed to, 1) analyze situations and problems in continuing home-based palliative care; 2) develop a model for continuing home-based palliative care; and 3) evaluate the model for continuing home-based palliative care in the district primary care contract unit in a rural area. The research was divided into 3 phases. A total of 73 participants were involved in the study. The research instruments are an in-depth interview guideline, a group discussion question guideline, a participant observation form, an opinion form on the suitability and feasibility of practice, and a satisfaction assessment form. The qualitative data were analyzed using thematic analysis and the quantitative data were analyzed with descriptive statistics and paired sample t-tests. The results showed that 1) terminally ill patients in primary health care have limited access to continuous palliative care at home, which as results are ineffective. Therefore, the patients do not receive coverage services and do not meet the standards of care. 2) The developed model of continuous palliative care at home consists of 3 steps: 1. preparation for palliative care, 2. palliative care at home, and, 3. follow-up and evaluation. The resulting model had 98.21% average suitability and 95.25% average feasibility of implementation. 3) The model was piloted with palliative care patients in the research site and found that the patients had a significantly higher satisfaction ( $p < .05$ ). Moreover, the rate of continuation of palliative care at home accessibility increased from 51.39% to 81.32%.

**Keywords:** developing model; continuing palliative care at home; contracting unit for primary care



## ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มีความสำคัญมากขึ้นตามไปด้วย<sup>1</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรังหรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้โดยมากจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี<sup>2</sup> สถิติการเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านสูงขึ้น ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุระยะบั้นปลายชีวิต (end of life) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่ยังรวมถึงญาติและคนในครอบครัวที่จะรับรู้ถึงความทุกข์ใจและการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและครอบครัว<sup>3</sup> องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม โดยให้การรักษาดังแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย<sup>4-5</sup> ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ๆ พร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต<sup>6</sup> ส่วนการดูแลประคับประคองที่บ้าน (hospice care) คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและอาสาสมัครในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยให้ผู้ที่กำลังจะตายมีความสุขสบายและมีศักดิ์ศรี การควบคุมความเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถตื่นตัวและสะดวกสบายที่สุด รวมถึงการให้บริการแก่นักสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วย<sup>7</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 โรคหลอดเลือดสมองและอยู่ระยะท้ายของชีวิต โรคหัวใจวายระยะสุดท้าย ให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยสนับสนุนให้มีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริบทสังคมไทย<sup>8-9</sup> มีระบบการให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลดังกล่าวเป็นการประสานความร่วมมือในการดูแลแบบสหวิชาชีพ และที่สำคัญคือครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในคุณค่า ความเชื่อ ภูมิหลังของผู้ป่วยบริบทของครอบครัว รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใย (mindful) และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) การดูแลแบบประคับประคองนี้มีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน<sup>10</sup> ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมและจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล/ แผนการดูแลทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง<sup>11</sup>

การสร้างรูปแบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตอบสนองความต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจ ทำให้เกิดความสงบสุขขึ้น ในจิตใจผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวยอมรับการเปลี่ยนแปลง สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหามาพันธ์ปัญหาอุปสรรคไปได้ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ที่บ้านที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพจะต้องมีทีมดูแล (palliative care team) ที่มีศักยภาพ มีการจัดสถานที่ให้การดูแลในระยะสุดท้าย (hospice) ที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้อย่างมีคุณภาพและเพียงพอ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก (caregiver)<sup>12-13</sup> สร้างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชัดเจน มีระบบการติดต่อสื่อสาร และการให้คำปรึกษาที่ดี รวมถึงให้มีการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการ<sup>14</sup> นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม มีการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล แผนการดูแลทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายรวมถึงการลดภาระงานของหน่วยบริการ<sup>3</sup>

จากการทบทวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พื้นที่ดำเนินการวิจัย พบรายงานการให้บริการของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกส่งต่อเพื่อการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 22, 28, 35, 57, 72 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่รายงานผู้ที่ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องแบบระดับประคองที่บ้านยังมีไม่มากนัก คือ ร้อยละ 31.82, 39.29, 45.71, 49.12 และ 51.39 ตามลำดับ<sup>15</sup> แสดงให้เห็นถึงอัตราการเข้าถึงบริการที่น้อยกว่าความต้องการดูแล การให้บริการทำได้ไม่ครอบคลุม อีกทั้งการให้บริการที่ผ่านมานั้นยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแล การเชื่อมโยงประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนการทำงานแบบต่างคนต่างทำตามหน้าที่ของตนเอง ไม่ได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลอย่างเพียงพอ และยังขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ด้านบุคลากรที่ให้การดูแลพบว่าไม่มีความพร้อมต่อการดูแล ขาดทักษะในการใช้อุปกรณ์ที่ติดตั้งผู้ป่วยไปที่บ้าน ขาดความมั่นใจในการดูแลเมื่อมีอาการ เจ็บปวดตามภาวะของโรคและการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นในบทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงต้องจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในพื้นที่เขตชนบทนั้นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและบุคลากรสหวิชาชีพด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำเป็นต้องมีรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่<sup>13</sup>

ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชน เพื่อช่วยให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ ในสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดการมีส่วนร่วมของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อการดูแลระดับประคองที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงลักษณะ สภาพปัญหาที่ผ่านมา นำผลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ตอบสนองความต้องการของประชาชน เพิ่มการเข้าถึงบริการ กิจกรรมเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม ญาติและบุคคลในครอบครัวมีความพร้อมที่จะเผชิญการเปลี่ยนแปลงในการจากไปของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในสิ่งแวดล้อมที่ดี เผชิญความตายอย่างสงบห้อมล้อมด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้านในเครือช่ยบริการปฐมภูมิ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ Mahdjoubi<sup>16</sup> โดยเน้นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างนวัตกรรมในรูปแบบชุดของการดำเนินงาน (set of activities) โดยมีขั้นตอนดังนี้



จากกรอบการวิจัยนำสู่วิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้านของเครือช่ยบริการปฐมภูมิ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน (วิธีการปฏิบัติ) และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน

## ขอบเขตการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกพื้นที่และประชากรเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจงดำเนินการในพื้นที่บริการของเครือช่ยบริการปฐมภูมิอำเภอสามโก้ จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งเป็นอำเภอในเขตพื้นที่ชนบท ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 15 คน ทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 28 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 17 คนรวมทั้งสิ้น 73 คน ทำการวิจัยตั้งแต่ มกราคม ถึง กันยายน 2563

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้าน แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นที่บ้าน และความพึงพอใจของกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นคำถามที่กำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้าน
3. แบบสังเกต ใช้ในการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัย สังเกตตั้งแต่นั่นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการวิจัย
4. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน
5. แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้าน 10 ข้อ โดย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach ของแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องอกที่บ้านได้ค่าความเชื่อมั่น .82 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้านได้ค่าความเชื่อมั่น .85

## ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้จำแนกออกเป็น 3 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ดังนี้

1.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 คน บุคคลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 11 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และอสม. 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 28 คน เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านที่ผ่านมา

1.2 สังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน ตั้งแต่การวางแผนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน (COC) การส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในพื้นที่บ้านของผู้ป่วย การจัดตั้งศูนย์วัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน การให้บริการดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน การทำหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน การประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และการรายงานผลการให้บริการ โดยการจดบันทึกและให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อลดอคติจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของตัวผู้วิจัย

นำข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 มาตรวจสอบ วิเคราะห์ และสรุป เพื่อนำสู่การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้านในระยะที่ 2

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน โดยมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

2.1 จัดเวทีประชาคมเพื่อนำเสนอคืนข้อมูลที่ไต่ถามระยะที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของศูนย์ดูแลต่อเนื้องอก 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของ รพ.สต.เครือข่าย 10 คน วิชาชีพด้านสุขภาพอื่นในทีมดูแลสุขภาพต่อเนื้องอกที่บ้าน 8 คน ตัวแทน อสม. 28 คน และตัวแทนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 คน รวมจำนวน 56 คน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมเสนอความคิดเห็นประเด็นต่างๆ ของกิจกรรมการบริการ หลังจากนั้นร่างเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน

2.2 ยืนยันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน โดยการนำร่างรูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบ หลังจากนั้นนำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล จำนวน 56 คน ให้ความเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องอกที่บ้าน หลังจากผ่านความเห็นชอบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมากำหนดเป็นขั้นตอนกิจกรรมของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องอกที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี



2.3 ซึ่งแจ้งการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้านโดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้านดังนี้

3.1 นำรูปแบบที่ได้รับการยืนยันในระยะที่ 2 มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 17 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องการการดูแลต่อเนื่งที่บ้านในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2563 ในพื้นที่บริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

3.2 ประเมินผลรูปแบบโดย

3.2.1 การนำข้อมูลจากผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริการ ตามรูปแบบการดำเนินงาน ตรวจสอบความถูกต้อง

3.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 17 ราย

3.2.3 ผู้วิจัยถอดบทเรียนหลังดำเนินการแล้วเสร็จ (retrospect) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนทั้งสิ้น 38 คน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน สหวิชาชีพด้านสุขภาพ 5 คน และตัวแทน อสม. 18 คน ที่มีส่วนร่วมในการบริการ เพื่อหาจุดที่ต้องปรับปรุง พัฒนา และเผยแพร่รูปแบบฯ ที่ได้ต่อไป

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่การรับรอง 03/2563 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูลข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวม ทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย และผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลออกมาเป็นหลักการและรูปแบบของการปฏิบัติ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงบรรยาย คือค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired sample t-test ที่ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นคือประชากรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution)

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์เชิงประเด็นสถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และ อสม. จำนวนทั้งสิ้น 28 คน ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จำแนกได้เป็นประเด็นดังต่อไปนี้

1. ขีดจำกัดการเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาที่มีสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไม่ถึงบริการดูแลระดับประคองที่บ้าน ดังนี้



1.1 ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จากข้อมูลที่ได้จะพบว่า ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง แต่ขาดการพูดคุยหรือชี้แจงแนวทางการทำงานร่วมกัน ไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับใช้ร่วมกัน ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานการบริการคือพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบดูแลต่อเนื่อง ส่วนการประสานงานนอกเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัดและเขต ไม่มีช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการ “คำสั่งทีมให้บริการก็มีแต่ตั้ง ๆ ไว้อย่างนั้น ครอบงำประกอบแต่คนที่ไปเยี่ยมจริงก็พยาบาลนั้นแหละ มีปัญหาอะไรค่อยปรึกษาแพทย์ เกสซ์ นาน ๆ นักกายภาพก็ไปด้วยแต่ต้องไปชวนเขาถ้าเขาว่างก็ไปด้วย” (NP2) “คนไข้ที่อยู่ในรับผิดชอบของ รพ.สต. ก็จะประสานน้องพยาบาลที่นั่น น้อง ๆ ในพื้นที่ รพ.สต.เขาจะรู้พื้นที่ดี ประสาน อสม.พาไปบ้านคนไข้ก็ บางหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ก็ไปด้วย” (NP1) “พื้นที่โรงพยาบาลแจ้งมาว่าจะมาเยี่ยมเคสในพื้นที่ของ รพ.สต. ก็อุ่นใจ เวลาคนไข้มีปัญหาอะไรก็ประสานง่ายขึ้น” (NP7) “ตั้งแต่มี LINE กลุ่ม COC ทั้งในกลุ่มจังหวัด และกลุ่มอำเภอ สะดวกขึ้น ประสานงานได้งาน มีปัญหาก็สามารถ consult หมอได้เลยสะดวกกว่าเมื่อก่อนเยอะ” (NP1)

1.2 ความล่าช้าของข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากแต่เดิมใช้วิธีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยการส่งเป็นจดหมายหรือเอกสารเป็นกระดาษ ตามแบบส่งต่อของแต่ละโรงพยาบาลโดยส่งทางไปรษณีย์ จากโรงพยาบาล เฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด ภายหลังคือปลายปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต Website Thai Care Could ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในศูนย์ดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และแต่ละ รพ.สต. ได้เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมในเบื้องต้น แต่ไม่ครบทุกคน ส่วนคณะทำงานที่ในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้รับการอบรมการใช้งานของโปรแกรม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้า หรือไม่ได้รับบริการ “กว่าใบส่งต่อคนไข้จะมาถึง ไปเยี่ยมคนไข้ก็ตายแล้ว” (NP3) “ตั้งแต่มีโปรแกรม Thai Care Could เราได้ข้อมูลคนไข้เร็วขึ้น แต่ต้องเข้าไปเช็คบ่อย ๆ บางทีงานยุ่ง ๆ ก็ไม่ได้เข้าไปดู คนไข้ก็ loss ไป” (NP17) “เดี๋ยวนี้ มีไลน์แจ้งเคสน้อง ๆ ง่ายขึ้น ส่งเป็นภาพให้เลย โน้ตไว้ในกลุ่มได้ข้อมูลไม่หาย” (NP2)

1.3 ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายและส่งต่อจากโรงพยาบาลในแต่ละระดับเพื่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บางรายไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีข้อมูลความต้องการการดูแล ไม่มีการประเมิน PPS Scale ไม่มีการบันทึกถึงการให้คำปรึกษาแบบ Advance care plan ดังนั้นผู้ให้บริการจึงไม่ทราบถึงความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล “ข้อมูลคนไข้ที่ได้มาบางทีก็อ่านไม่ออก ไม่ได้ระบุถึงความต้องการการดูแล รู้แต่ให้ไปเยี่ยมบ้าน” (NP2) “ส่วนใหญ่คนไข้โรคมะเร็ง จะมีแค่ว่าเป็นมะเร็งอะไร ระยะไหน รักษาด้วยอะไรมาบ้าง แต่เราก็ไม่รู้ว่ที่โรงพยาบาลเขาคุยอะไรกับญาติและคนไข้มาบ้าง” (NP5) “คนไข้บางคนไม่ใช่ได้เป็นมะเร็ง เราก็ไม่รู้ว่าจะดูแลแบบ Palliative ในใบส่งต่อไม่มีแจ้งไว้ เลยไปเยี่ยมช้า” (NP8)

2 การให้บริการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านยังขาดประสิทธิภาพ อันเกิดจากประเด็นปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของบุคลากรผู้ให้บริการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งได้แก่ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัย พยาธิสภาพของโรค การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิธีการให้บริการและให้คำปรึกษา ส่งผลต่อความไม่มั่นใจ ความกังวล ที่จะให้การดูแล ประกอบกับการดูแลระดับประคองที่บ้าน เป็นงานนโยบายใหม่ในงานบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้เครือข่ายการดูแลในชุมชนทั้งที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ และ อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องต่อการดูแลระดับประคองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม “บางทีก็ไม่กล้าวินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย เว้นแต่ว่า โรงพยาบาลจังหวัดแจ้งมา ผลการตรวจมันอยู่ที่เขา เราก็ไม่รู้รายละเอียด” (FM1) “หนูไม่รู้จะปลอบญาติยังไง เห็นคนไข้เหนื่อย ก็อยากให้อยู่ที่โรงพยาบาล” (NP8) “บางบ้านก็ไม่เหมาะให้ผู้ป่วยกลับมาเสียชีวิตที่บ้านนะ มันแคบที่นอนคนไข้ก็ไม่มี เด็ก ๆ ก็เยอะ ญาติบางคนก็กินเหล้ากัน คนไข้ไม่ได้พัก” (NP10) “ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องนี้มาเลย ก็ทำเท่าที่ได้” (NP8) “จากข้อมูลเยี่ยมบ้านของศูนย์ COC มีทั้งคนไข้ CA และ Non CA กลุ่มมะเร็งก็จะมียุทธศาสตร์คนข้างครบ แต่กลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งไม่ค่อยมีระยะว่าเป็นระยะสุดท้าย ต้องตรวจประเมินเอง” (NP1) “เจอคนไข้ palliative เหนื่อย หอบ หายใจลำบาก ปวด กินไม่ได้ เคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นแผลกดทับ มีไข้ กระสับกระส่าย





เราก็ไม่ค่อยมั่นใจ จะทำไงดี อยากให้กลับไป admit ตีกว่า” (NP4) “เราจะต้องเยี่ยมยังงี้ ถึแคไหนดริคนใช้ palliative” (NP7) “ผมว่าถ้าคนไข้อาการหนักก็ไม่ควรส่งกลับบ้านหรอก ที่โรงพยาบาลมีเครื่องมือเครื่องมือนะ” (GG3) “หมอดูแลได้ดีกว่าญาติ ให้กลับบ้านเดี๋ยวก็ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีก” (HV2) “ตัวคนไข้เนี่ยไม่อยากกลับไปโรงพยาบาลหรอกแต่ญาติและผู้ดูแลเห็นคนไข้ทรมาณที่บ้านไม่ได้ก็พาคนไข้กลับมาโรงพยาบาลอีก” (PH1)

2.2 ขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุนการให้บริการ ได้แก่ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลิตออกซิเจน ที่นอนลมยาง เตียงปรับระดับ ลูกมียาง ผ้าอนามัยผู้ใหญ่ ยาลดอาการปวดกล้ามเนื้ออื่น อีกทั้งขาดงบประมาณในการจัดซื้อ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสมกับสภาพความต้องการ “เครื่องผลิตออกซิเจนไม่พอให้คนไข้ยืม เพราะคนที่ยืมไปยังไม่มาคืน” (NP2) “เราต้องหากคนมาบริจาคเพราะรอนงบประมาณอย่างเดียวไม่ทัน” (FM1) “ปีหน้าต้องทำแผนงบประมาณเพื่อขอซื้อวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านคนไข้ Palliative” (NP2) “คนไข้มีแผลกดทับ จะขอยืมที่นอนลมยาง เขาไม่มีเงินซื้อ สัตถกเราก็อึดแล้ว” “คนไข้บอกยาแก้ปวดที่ได้มาจากโรงพยาบาลจังหวัดหมด ถามว่าที่โรงพยาบาลเรามีให้คนไข้เบ็กไหม” (NP4)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ 2) การให้บริการดูแลระดับประคองที่บ้าน และ 3) การติดตามและประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

| ขั้นตอน        | กิจกรรมการพัฒนา   | ผู้ปฏิบัติ    |
|----------------|---|---------------|
| 1              | จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีแก่           | คณะทำงาน      |
| การเตรียม      | ทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในเรื่องการวินิจฉัยผู้ป่วย         | ดูแลผู้ป่วย   |
| ความพร้อม      | เมื่อเข้าสู่ระยะประคอง Palliative และการบอกข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติ และ              | ระยะสุดท้าย   |
| ก่อน           | บุคคลในครอบครัว (Family Meeting) การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วย              | ของ รพช.และ   |
| ให้บริการ      | และญาติ ให้คำปรึกษา ส่งต่อข้อมูล ตามกระบวนการ Discharge Plan                      | เครือข่าย     |
| Preparation    | เตรียมความพร้อมล่วงหน้าก่อนกลับไปบ้าน สอนและประเมินความพร้อมของ                   | บริการปฐมภูมิ |
| for Palliative | ญาติ/ผู้ดูแล (Functional Capacity)  |               |
| Care           | บันทึกและส่งต่อข้อมูลจาก รพช.ไปยังหน่วย ศูนย์ COC และหน่วยบริการพื้นที่           |               |
|                | รับผิดชอบบ้านผู้ป่วย ผ่านระบบการติดต่อสื่อสาร ทุกช่องทางที่เร็วที่สุด ทั้งทาง     |               |
|                | เว็บไซต์ Thai COC โทรศัพท์ และ Application LINE                                   |               |
|                | เตรียมเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อย่างเพียงพอ                              |               |
| 2              | ผู้ดูแลศูนย์ COC ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อ พิจารณาความ           | บุคลากรศูนย์  |
| การให้บริการ   | เร่งด่วน ความต้องการใช้ยา เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการแต่ละราย            | COC และ       |
| ดูแลระดับ      | จัดเตรียม ประสานและแจ้งข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบพื้นที่อย่างทันท่วงที               | สหวิชาชีพ     |
| ประคอง         | พยาบาลผู้รับผิดชอบพื้นที่บ้านผู้ป่วย ไปยังบ้านผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุดภายหลังจาก | ในงานบริการ   |
| ที่บ้าน        | ได้รับข้อมูล เพื่อประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตามข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อซ้ำ         | สุขภาพระดับ   |
| Palliative     | ประเมินสภาพทางกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณความเชื่อ การรับรู้ ความ                   | ปฐมภูมิ       |
| Care           | ต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการยอมรับต่อความเจ็บป่วย ซึมเศร้า            |               |
| at Home        | วิตกกังวล ปัญหาค่าใช้จ่าย ความต้องการพิธีกรรมทางศาสนา สิ่งที่ค้างคาใจ             |               |
|                | และความต้องการดูแลเป็นรายกรณี   |               |



| ขั้นตอน                             | กิจกรรมการพัฒนา   | ผู้ปฏิบัติ                                   |
|-------------------------------------|---|--|
|                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การดูแล แนะนำ สอน แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติตามลักษณะที่พบ เช่น การดูแลให้ได้รับ ออกซิเจน การให้ยาลดความเจ็บปวด การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดแผล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความสบายของผู้ป่วย</li> <li>- ประเมินความเหมาะสมของการให้ยาตามแผนการรักษา การให้อาหาร การให้สารน้ำ การให้ออกซิเจน รวมทั้งการดูแลอื่น ๆ อย่างเหมาะสม</li> <li>- ปรึกษาผู้ป่วยหรือครอบครัว/ผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การปฏิบัติตาม Living will</li> <li>- ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วย การรับได้ต่อความเจ็บป่วย การสูญเสีย ความเศร้า ความกังวล ความทุกข์ ความเครียด และให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วย ประเมินและจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ</li> <li>- กรณียังไม่เสียชีวิต แจ้งช่องทางการติดต่อแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีพบปัญหา และนัดติดตามเยี่ยมซ้ำตามระดับของ PPS Score และปัญหาที่พบ</li> <li>- กรณีถึงแก่กรรมทำความสะอาดร่างกาย เชิญผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวคำอำลย์ ให้กำลังใจญาติ</li> </ul> |  |
| 3                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามเยี่ยมบ้านโดยตกลงระยะเวลาร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ</li> <li>- สอบถามข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล เครือข่ายสุขภาพในชุมชน</li> </ul>   | พยาบาล<br>และสหวิชาชีพ                       |
| การติดตาม                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารตามความเหมาะสม</li> </ul>   | ในหน่วยบริการ                                |
| และ                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งรายงานผลการดูแลต่อเนื้องที่บ้านก่ต่อศูนย์ COC</li> </ul>  | ปฐมภูมิ ญาติ<br>บุคคลใน                      |
| ประเมินผล                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ศูนย์ COC บันทึกข้อมูลในระบบ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหาร ของเครือข่ายปฐมภูมิ และทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมให้การดูแล เพื่อทราบและปรับปรุงพัฒนากระบวนการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</li> </ul>   | ครอบครัว<br>ผู้ดูแล อสม.<br>และผู้เกี่ยวข้อง |
| Follow<br>Through and<br>Evaluation |   | ในชุมชน                                      |

ผลการจัดเวทีประชาคม (civil society forum) รูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื้องที่บ้าน เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีผู้ให้ข้อมูล รวมจำนวน 56 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของศูนย์ดูแลต่อเนื้อง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของรพ.สต. เครือข่าย วิชาชีพด้านสุขภาพอื่นในทีมดูแลสุขภาพต่อเนื้องที่บ้าน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ แสดงได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแล

| กิจกรรม                            | ความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n = 56) |                 |                    |                 |
|------------------------------------|--|-----------------|--------------------|-----------------|
|                                    | ด้านความเหมาะสม                            |                 | ด้านการนำไปปฏิบัติ |                 |
|                                    | (จำนวน/ ร้อยละ)                            | (จำนวน/ ร้อยละ) | (จำนวน/ ร้อยละ)    | (จำนวน/ ร้อยละ) |
|                                    | เหมาะสม                                    | ไม่เหมาะสม      | ปฏิบัติได้         | ปฏิบัติไม่ได้   |
| การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ    | 56/100                                     | -               | 56/100             | -               |
| การให้บริการดูแลระดับประคองที่บ้าน | 56/100                                     | -               | 54/96.4            | 2/3.54          |
| การติดตามและประเมินผล              | 53/94.64                                   | 3/5.36          | 60/89.29           | 6/10.71         |
| ค่าเฉลี่ย                          | 98.21                                      |                 | 95.25              |                 |

จากตารางที่ 2 ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในพื้นที่พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเฉลี่ย ร้อยละ 98.21 มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 95.25 ผลการวิจัยระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้รับการยืนยันในระยะที่ 2 มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องการการดูแลต่อที่บ้านในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2563 ในพื้นที่บริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิสามจังหวัดอุทัยธานี มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการตามรูปแบบ จำนวน 17 คน จำแนกผู้ป่วยเป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 เพศหญิงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 อายุต่ำสุด 45 ปี มากสุด 97 ปี อายุเฉลี่ย 69.47 ปี SD=14.78 การวินิจฉัยโรคที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 ไม่ใช่โรคมะเร็งจำนวน 4 ราย (หัวใจวายเรื้อรัง 2 ราย หลอดเลือดสมอง 1 ราย ถุงลมโป่งพอง 1 ราย) คิดเป็นร้อยละ 23.53 ราย และคะแนน PPS Score ต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 40.58 (SD=13.45)

3.1 จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) พบว่าการให้บริการตามรูปแบบกิจกรรมดูแลต่อเนืองแบบระดับประคองที่บ้าน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอสามจังหวัดอุทัยธานี ในแต่ละขั้นตอนมีรูปแบบที่ชัดเจน การประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การส่งข้อมูลมีความครบถ้วนและรวดเร็ว ผ่านโปรแกรมอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ Thai Care Cloud และ Application LINE กลุ่มทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ส่วนข้อมูลรายละเอียดจะมีการส่ง ญาติและมีอัตราการเข้าถึงบริการมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน มีการกำหนดรายชื่อบุคคลที่รับผิดชอบในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลชัดเจนและทุกคนเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อที่บ้านแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันของคณะกรรมการผู้รับผิดชอบในภาพเครือข่าย มีขั้นตอน กระบวนการ การจัดเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น บุคลากรในทีมมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี มีระบบทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนเองและเครือข่าย รพ.สต.ในพื้นที่ ศูนย์ดูแลต่อเนืองที่บ้านมี วัสดุอุปกรณ์เพียงพอกับการเยี่ยมไปใช้ที่บ้านของผู้ป่วย มีทะเบียนวัสดุครุภัณฑ์และแผนการจัดซื้อส่วนที่ขาด มีภาคประชาชนมาร่วมบริจาคจาก นอกจากพยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีสหวิชาชีพเป็นทีมร่วมให้บริการ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และ ใน รพ.สต. เครือข่าย มีการสนับสนุนทั้งงบประมาณและสิ่งของจากภาคเอกชน และท้องถิ่น ผู้เข้าถึงบริการมีอัตราเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติสามารถสอบถามและปรึกษาได้ตลอดเวลาทั้งทางโทรศัพท์และทาง LINE อสม. มีการค้นหาผู้ป่วยที่เข้าสู่



ระยะสุดท้ายในชุมชน และประสานให้ทีมสหวิชาชีพไปดูแลและวินิจฉัยที่บ้าน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น ญาติและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมีความเข้าใจและร่วมมือในการดูแล แสดงความพึงพอใจและขอบคุณต่อทีมผู้ให้การดูแล

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านก่อนและหลังการให้บริการ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ดังตาราง 3

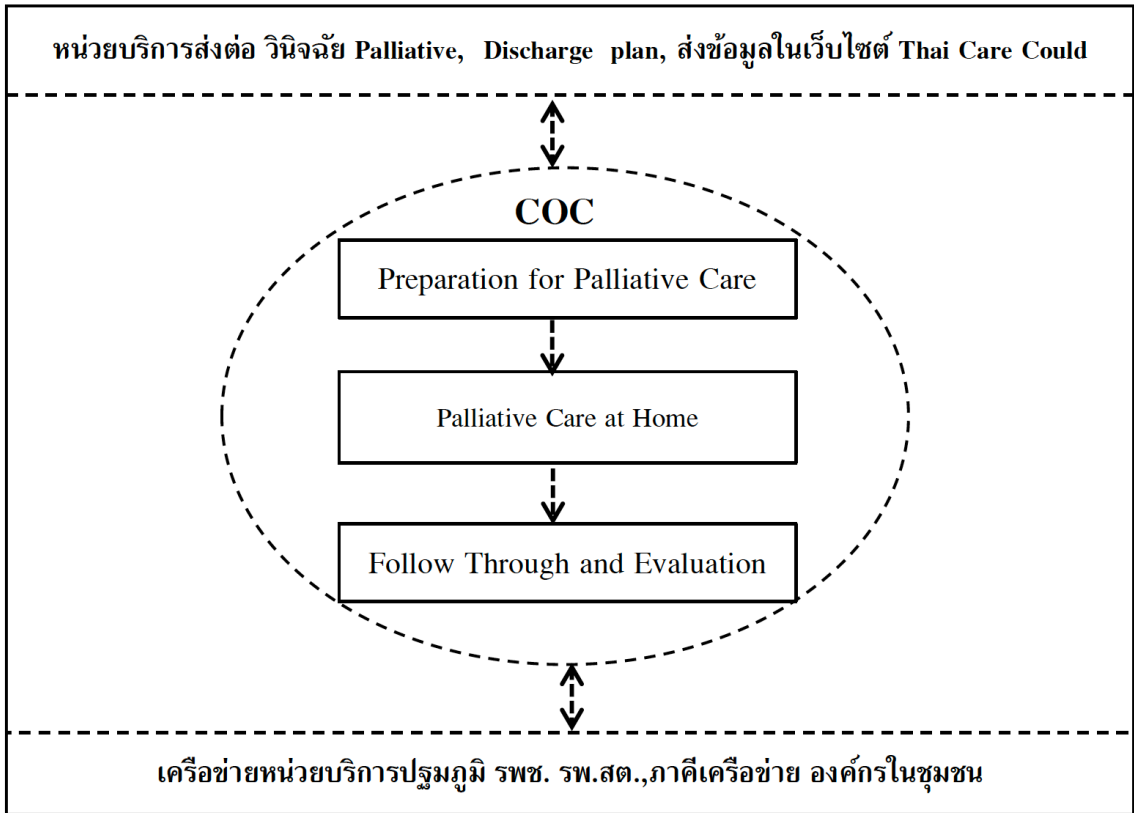
ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื้องที่บ้าน

| ตัวแปรที่ศึกษา                       | $\bar{X}$ | SD   | t     | df | P-Value |
|--------------------------------------|-----------|------|-------|----|---------|
| ค่าคะแนนความพึงพอใจแรกเริ่มการดูแล   | 61.18     | 8.01 |       |    |         |
|                                      |           |      | 7.971 | 16 | <.01    |
| ค่าคะแนนความพึงพอใจหลังได้รับการดูแล | 78.94     | 3.61 |       |    |         |

จากตารางที่ 3 ค่าคะแนนความพึงพอใจแรกเริ่มการดูแล มีค่าเฉลี่ย 61.18 ค่าคะแนนความพึงพอใจหลังได้รับการดูแลมีค่าเฉลี่ย 78.94 ซึ่งมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากค่าความพึงพอใจที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยังพบว่า การเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้านมีอัตราสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่า มีอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 31.82, 39.29, 45.71, 49.12, 51.39 ตามลำดับ แต่ในปี 2563 ซึ่งเป็นปีที่มีการพัฒนา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งต่อมาที่ ศูนย์ COC จำนวน 92 ราย ได้รับการบริการดูแลต่อเนื้องที่บ้านตามขั้นตอนทั้งสิ้น 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.32 ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

3.3 ผลการถอดบทเรียนหลังดำเนินการแล้วเสร็จ (Retrospective) ของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย สรุปได้ว่าเหตุจูงใจในการดำเนินงานมีประเด็นสำคัญดังนี้ 1) การที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายโดยกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านนั้นเป็น เป็นบริการหนึ่งในยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) ของแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ซึ่งทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีข้อกำหนดในการจ่ายค่าตอบแทนให้กับหน่วยงานที่มีการบริการนี้เป็นรายกรณี 2) การที่ผู้บริหารของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเล็งเห็นความสำคัญของการจัดบริการและให้การสนับสนุนการดำเนินงาน มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ และ 3) คณะทำงานอันมีพยาบาลวิชาชีพเป็นแกนนำในการดำเนินการ มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินการกันเป็นอย่างดี มีการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนทีมสหวิชาชีพอันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และเภสัชกร นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายการทำงานในชุมชน ทั้ง อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมทั้งสนับสนุนและร่วมดำเนินการ

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้มาสรุปเป็นรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

## อภิปรายผล

การศึกษานี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนางานบริการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน นั่นคือการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองจากที่โรงพยาบาลไปถึงที่บ้าน ที่มีจำนวนมากขึ้นตามแนวโน้มของโรครุนแรงเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด อีกทั้งจำนวนผู้สูงอายุในระยะบั้นปลายของชีวิตที่มีมากขึ้น เป้าหมายของการดูแลระดับประคับประคองคือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับโรคหรือสภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย<sup>17</sup> ดูแลเป็นองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้มีส่วนร่วมตัดสินใจต่อกิจกรรมการดูแล รวมไปถึงการให้ความเคารพในค่านิยม ความเชื่อ และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>18</sup> ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>19</sup> ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย พร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก<sup>20</sup>

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลระดับประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนืองจากหน่วยบริการไปถึงที่บ้านยังขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม เมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านตนเองที่มากขึ้น นั่นคือส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแล ด้วยพบประเด็นปัญหาด้านขีดจำกัดการเข้าถึงบริการ อันได้แก่ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน มีความล่าช้าของการส่งข้อมูลผู้ป่วย และความไม่ครบถ้วนของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลปัญหาและความต้องการ



การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของบุคลากรผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นสหวิชาชีพด้านสุขภาพและเครือข่ายการดูแลในชุมชน รวมถึงความไม่เพียงพอของทรัพยากรสนับสนุนสำหรับการจัดการ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ในขณะนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่าอุปสรรคการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องคือ ข้อจำกัดในการเข้าถึงาระบบปวด การทำงานแบบแยกส่วน และการขาดความรู้และทักษะของบุคลากร จึงสรุปได้ว่าปัญหาในการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการ

เมื่อนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยผ่านการเสนอแนะและความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน พบว่ารูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการทั้งด้านคน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และแนวทางปฏิบัติ 2) การให้บริการดูแลระดับประคับประคองที่บ้านตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้วยแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับเครือข่ายบริการในชุมชน และ 3) การติดตามและประเมินผล ด้วยการสอบถาม สังเกต การประเมินสภาพ และประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแล พร้อมทั้งปรับปรุงพัฒนากระบวนการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช วงศ์เจริญและคณะ<sup>17</sup> ที่ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านนั้น ทีมเยี่ยมบ้านควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร/วัสดุ และการบริหารจัดการ ซึ่งความจำเพาะของรูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้คือการใช้กลไกการจัดการดูแลสุขภาพภายใต้การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมต่อกันนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประสานงานและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดร่วมกัน ทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ รวมทั้งบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ<sup>21</sup> นั่นคือการนำผลการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่มาเป็นตัวกำหนดรูปแบบกิจกรรมบริการ นอกจากนี้ยังมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ถือว่าเป็นทรัพยากรคือที่มีอยู่ในบริบทของเครือข่ายที่ศึกษา เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาแนวทาง มีบทบาทหน้าที่ในการชี้แจงทำความเข้าใจ สอน แนะนำ และถ่ายทอดองค์ความรู้ ประสบการณ์ ตลอดจนฝึกทักษะการปฏิบัติ ให้แก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ประสานความร่วมมือตามแนวทางที่สร้างร่วมกัน สิ่งสำคัญคือพื้นฐานสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับเครือข่ายการทำงานในชุมชน นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มาใช้ทั้งโปรแกรม Thai Care Could ที่ถือว่าเป็นช่องทางสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการนำ LINE Application มาเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร ทั้งการส่งข้อมูล การคำปรึกษา และแลกเปลี่ยนการปฏิบัติการณ์ได้อย่างสะดวกถูกต้องและรวดเร็ว เป็นเหตุให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

เมื่อพิจารณาผลการประเมินรูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่พบว่าช่วยให้อัตราการเข้าถึงบริการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้านี้ อีกทั้งทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก ที่ทำการพัฒนาขึ้นนี้ สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านจะไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด แต่ก็ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



### ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้มีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แบบสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติที่ดี ในการให้การดูแลระดับรองต่อเนื้องที่บ้าน
2. ควรส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื้องที่บ้านได้เรียนรู้การใช้งานโปรแกรม Thai Care Could เพื่อรับและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ได้อย่างสะดวก อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และรวดเร็วต่อการให้บริการ
3. ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้ศูนย์ดูแลต่อเนื้องที่บ้าน (COC) ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีความพร้อมและจัดบริการการที่มีประสิทธิภาพ
4. ควรนำรูปแบบการดูแลระดับรองต่อเนื้องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก ไปปรับใช้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิอื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

### References

1. Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 2019;40-51.(in Thai).
2. Phairojkul S. Quality standards for palliative care of patients Karunarak Center. 2<sup>nd</sup> ed. Khon Kaen: Klang Nana Witthaya Printing Plant LP;2018.(in Thai).
3. Chantanui K, Khunwong P, Chamnanborirak P. Development of palliative care model in Sisurat Community Mahasarakhom Province. Journal of Health Systems Research and Development.2017;10(2):292-8. (in Thai).
4. Connor S, Bermedo MS. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva Switzerland: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance;2014.
5. Stephen R, Claire M, Ernesto J, Richard H, James C, Barbara H, et al. Global atlas of palliative care. 2<sup>nd</sup> ed. London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance;2020.
6. World Health Organization. Global atlas of palliative care. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva Switzerland London UK: Worldwide Hospice Palliative Care alliance;2020.
7. Triket B. A Guide for the people palliative care. Bangkok: Sam Dee Printing Equipment Co Ltd published;2017. (in Thai).
8. Office of the National Health Commission (NHSO). Handbook for people to care for terminally ill patients palliative care. Bangkok: Media Creation;2013.(in Thai).
9. Office of the National Health Commission. Health provider handbook laws and practices related to hospice care. Bangkok: Sam Dee Printing Equipment;2017.(in Thai).
10. Nursing Division Ministry of Public Health. Palliative nursing care service system, Nonthaburi: Suetawan published;2016.(in Thai).
11. Rungutaisiri U. Development of a model of palliative care system with the participation of the community in Selaphum District, Roi Et Province. Journal of Public Health System Research 2008;2(2):1021-30. (in Thai).
12. Nuntachaipun P, Soiwong P. Clinical nursing practice palliative care in adult patients. Bangkok: Jood Thong;2015.(in Thai).
13. Athanyachaipong P. Palliative care guidelines. Nonthaburi: Department of Medical Services Ministry of Public Health;2015.(in Thai).



14. Nursing Division Ministry of Public Health. Home health care home ward. 1<sup>st</sup> ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing;2013.(in Thai).
15. Lansak Hospital. Continuity care center performance report. Uthai Thani: Primary and Holistic Health Services Department;2020.(in Thai).
16. Mahdjoubi D. Four types of R&D. Texas: Research Associate, IC2 Institute;2009.
17. Wongcharoen W, Ratchadathanarat T, Somngam S. The development of palliative care system in home health care: a case study Pong Hospital Phayao Province. *Journal of Disease and Health Risk DPC3* 2020;14(2):26–37.(in Thai).
18. Nilmanat K, Udchumpisai M, Potjamanpong P, Niyomthai N. Continuing hospital-to-home palliative care: a southern Thai context. *Thai Journal of Nursing Council* 2019;34(2):76–93.(in Thai)
19. Nakanishi M, Ogawa A, Nishida A. Availability of home palliative care services and dying at home in conditions needing palliative care A population-based death certificate. *SAGE Journal Palliative Medicine* (Internet).2020[Cited 2020 January23]. Available: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216319896517>
20. Nilmanat N, Sungkamuneejinda K. Caring for grieving patients with terminal cancer. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2017;27(Special Issue);1–8.(in Thai).
21. Sae-hlee D, Namtassnee S, Thiphungthae S, SumamalT, Tunsuthepweravong C, Yana T. District health system (DHS). Bangkok: Public Health Administration Office, Office of the Permanent Secretary for Public Health;2014.(in Thai).