

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้าย แบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย

ยุวภาพร กาญจนบุตร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ดำเนินการในเดือนมีนาคม–กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 52 ราย 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 5 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง 2) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การรับรู้ระยะของโรค และเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 100 ไม่มีการค้างคาใจร้อยละ 81.00 เลือกสถานที่เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 85.70 ได้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 100 2) กิจกรรมการดูแลรักษาในระยะท้าย ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ($\chi^2=5.60$, P-value=.000) การกดนวดหัวใจ ($\chi^2=$, 5.53, P-value=.019) การได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพองชีพ ($\chi^2=35.22$, P-value=.000) การใส่สายยางให้อาหาร ($\chi^2=4.45$, P-value=.038) การเสียชีวิตที่บ้าน/โรงพยาบาล ($\chi^2=13.86$, P-value=.001) 3) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.11 S.D.= 0.34) 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.07 S.D. = 0.27)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับรู้ระยะของโรค และเป้าหมายการรักษา การตัดสินใจยุติการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมาน ยอมรับการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการตายดี

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ, การดูแลแบบระดับประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย

วันที่รับบทความ

20 มีนาคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

28 พฤษภาคม 2569

วันที่ตอบรับบทความ

12 มิถุนายน 2569

โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; audy_yu@hotmail.com

The Development of a Systematic Advance Care Planning Model for End-of-Life Patients Receiving Palliative Care at Akat Amnuay Hospital

Yuwapaporn Kanbut¹

Abstract

This research and development aimed to develop a systematic advance care planning (ACP) model for terminal palliative patients at Akat Amnuay Hospital. Conducted from March to September 2025, the sample included 52 end-of-life patients and 5 multidisciplinary team. Instruments comprised an ACP model, care record forms, and satisfaction assessments, analyzed using frequency, mean, standard deviation, and Chi-Square.

The research results revealed the following findings: 1) Outcomes of Patients and Relatives receiving the developed care model: Awareness of disease stages and treatment goals 100%, Absence of unresolved concerns 81.00%, Preferred place of death at home 85.70%, Actual place of death at home 100%. 2) End-of-life care interventions showed a significant difference at the .05 level including Intubation ($\chi^2 = 5.60$, P-value = .000), Cardiopulmonary resuscitation (CPR) ($\chi^2 = 5.53$, P-value = .019), Termination/withdrawal of life support ($\chi^2 = 35.22$, P-value = .000), Enteral feeding tube ($\chi^2 = 4.45$, P-value = .038), Place of death (home/hospital) ($\chi^2 = 13.86$, P-value = .001) 3) Satisfaction levels of Patients and relatives were highly satisfied (Mean = 4.11, S.D. = 0.34). 4) The multidisciplinary team was highly satisfied with the developed model (Mean = 4.07, S.D. = 0.27).

The developed model facilitates patients' understanding of their illness, disease stage, prognosis, and goals of care, supports decision-making to discontinue non-beneficial and burdensome treatments, and promotes acceptance of death, leading to a good death.

Keywords: Advance care planning, Palliative care, End-of-life patient

Received
20 March 2026

Revised
28 May 2026

Accepted
12 June 2026

¹Akat Hospital, Sakon Nakhon Province, Corresponding author e-mail: audy_yu@hotmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้าเนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากรประมาณ 56.8 ล้านคนต่อปีต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70) และจากการศึกษาโดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทยใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ¹ พบความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 18.72 กลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล พบว่ามีการวางแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 และมีกลุ่มที่ไม่มีการดูแลประคับประคองร้อยละ 15.7 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก หงุดหงิดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ถ้าผู้ป่วยไม่มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า จะทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการตายดี (Good death)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ² กล่าวว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care

Planning) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำให้ก่อนผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นกระบวนการ³ 2/14 ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแลและตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจ หรือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ป่วยที่ดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพตนเองได้ สุรีย์ ลัมมงคล³ กล่าวว่าในการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทราบว่าโรคที่เป็นอยู่ในขั้นใด มีการพยากรณ์โรคเป็นอย่างไร มี การรักษาอะไรบ้าง อาการอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้บ้าง รูปแบบการเสียชีวิต เป็นต้น จึงต้องการข้อมูลที่เพียงพอและทักษะการสื่อสารที่ดี ไม่ใช่การทำครั้งเดียวแล้วจบ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงแผนได้เสมอขึ้นกับสถานการณ์ การบันทึกกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต้องลงวันที่ เพื่อระบุได้ว่าฉบับใดเป็นฉบับล่าสุด และต้องแจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ (สำเนา) ได้แก่ ครอบครัว แพทย์ผู้ รักษา ผู้ที่มอบหมาย นันทน์ภัส ประไพ และคณะ⁴ ศึกษาพบว่ารูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ในผู้ป่วยเรื้อรังแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน Palliative Care Outcome Scale (POS) สำหรับผู้ป่วย ก่อนดูแลและหลังได้รับการดูแลในรายข้อดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ประไพ บุญมรดก และ โสเพ็ญ ชูนวน⁵ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้ายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ป่วยกลุ่มทดลองปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยา

ปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และมีผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการยุติเครื่องพยุงชีพที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ นันทพร บุญธรรม⁶ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลบ้านผือ ที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 100 ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้นและใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 95.08 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.44 แสดงให้เห็นว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565–2567 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) ติดเชื้อในกระแสโลหิต จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สร้างความทุกข์ทรมานไม่เกิดประโยชน์ แต่ต้องทำตามความต้องการของญาติ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานแต่ไม่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ถ้าผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวางแผนการดูแลตนเองในช่วงสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องรับ

การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขณะกำลังรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย โดยใช้แนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ² และ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล⁷ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สภาวะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอนเป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกรักษาตามพรบ.มาตรา12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ 5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยคาดหวังว่ารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของทีมนุ้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการตายดี (Good death)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ได้แก่ การแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย การได้รับรู้ข้อมูล

จากทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกิจกรรมการดูแลรักษาที่ได้รับ

4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

5. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 42 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จำนวน 5 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

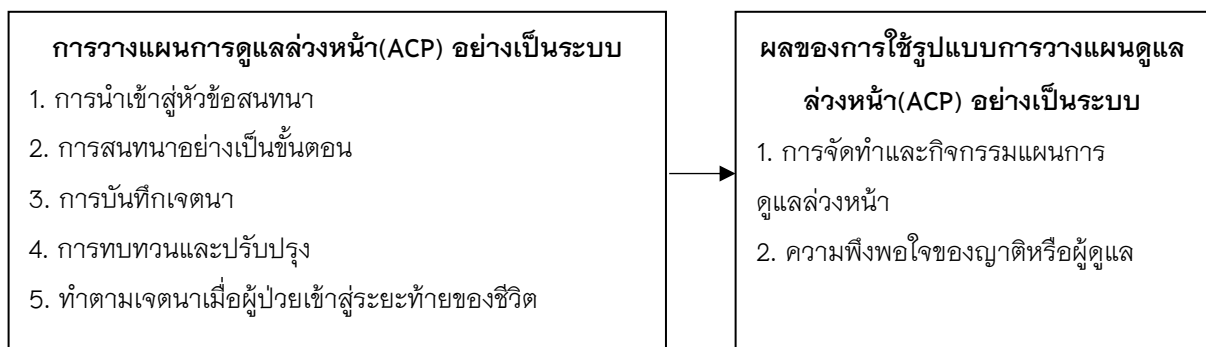
2. สถานที่ศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย

3. ระยะเวลาการศึกษา เดือนมีนาคม – กันยายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) อย่างเป็นระบบ

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การจัดทำและกิจกรรมแผนการดูแลล่วงหน้าและความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการทำวิจัย ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา (R1) ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลสภาพปัญหา และวิเคราะห์ระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลอากาศอำนวย โดยการทบทวนระบบการสื่อสาร ทรัพยากร การประสานงาน กระบวนการดูแล และการประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (R1) จากเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน จำนวน 21 ราย

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานวิจัย บทความ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

3. สนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ นำข้อมูลที่ได้มาทำร่างรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย

ขั้นตอนที่ 2 นำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการสร้างต้นแบบนวัตกรรม (D1) ดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดทำร่างรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (R2) โดยนำรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมปัญหาในการปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงต้นฉบับ (D2) โดยการประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่พัฒนาขึ้นและนำเสนอผลลัพธ์ในที่สหสาขาวิชาชีพเพื่อพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง จนได้รูปแบบที่เห็นพ้องต้องกันว่าเหมาะสมและใช้ได้จริง

ขั้นตอนที่ 5 (R3) นำรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 21 ราย

ขั้นตอนที่ 6 (D3) นำเสนอผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและพัฒนาปรับปรุง แล้วนำไปเผยแพร่ต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 42 ราย

2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน Palliative 1 คน พยาบาลชุมชน 1 คน

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเปรียบเทียบ โดยใช้ Chi Square ซึ่งมีขั้นตอนการใช้โปรแกรม ตามที่ นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ⁸ เสนอไว้ดังนี้ เลือก statistical test เป็น χ^2 test, เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size – given α , power and effect size, ใส่ค่าต่างๆ ในการวิจัยนี้กำหนดค่า effect size จากตารางของ Cohen สำหรับอิทธิพลกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เท่ากับ 0.50 ค่า p-value เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ Power ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 (มาจากกำหนดค่า β ร้อยละ 20 ได้ค่า Power ร้อยละ 80) กดปุ่ม calculate ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 26 ราย และระยะหลังการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 26 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการพยากรณ์โรคอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย

2) ผู้ป่วยมีสติดี สามารถสื่อสารตอบโต้ได้ หรือญาติ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ญาติสายตรง หรือผู้รับมอบอำนาจตัดสินใจแทนจะต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการวางแผน

3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความพิการทางสมอง

2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ข้อมูล เช่น กลุ่มจิตเวชที่ควบคุมไม่ได้

3) บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ โรคที่แพทย์วินิจฉัยเป็นระยะสุดท้าย การจัดการรบกวน 2) ข้อมูลแสดงเจตจำนงขอขอบเขตการรักษาจากการวางแผนล่วงหน้า เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ได้จัดทำและไม่ได้จัดทำและผลการปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย

1.2) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ กำหนดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) กำหนดเกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่

1) รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย 2) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ 4) แบบประเมินความพึง

พอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง เท่ากับ 0.92 แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย เท่ากับ 0.81 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.96 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.82

5.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดย

5.2.1 นำแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ, แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ดังนี้

– แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.85

– แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.87

5.2.2 นำแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลอากาศอำนวย โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร สถิติโรงพยาบาล การทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากการสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้แบบสอบถามประเมินผลการใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบโดยรักษาความลับของข้อมูลทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการของทุกคน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2025-010 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยได้ขออนุมัติรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลอากาศอำนวย หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษา หรือการปฏิบัติงานและข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลต้องมีรหัสผ่าน และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้สถิติ

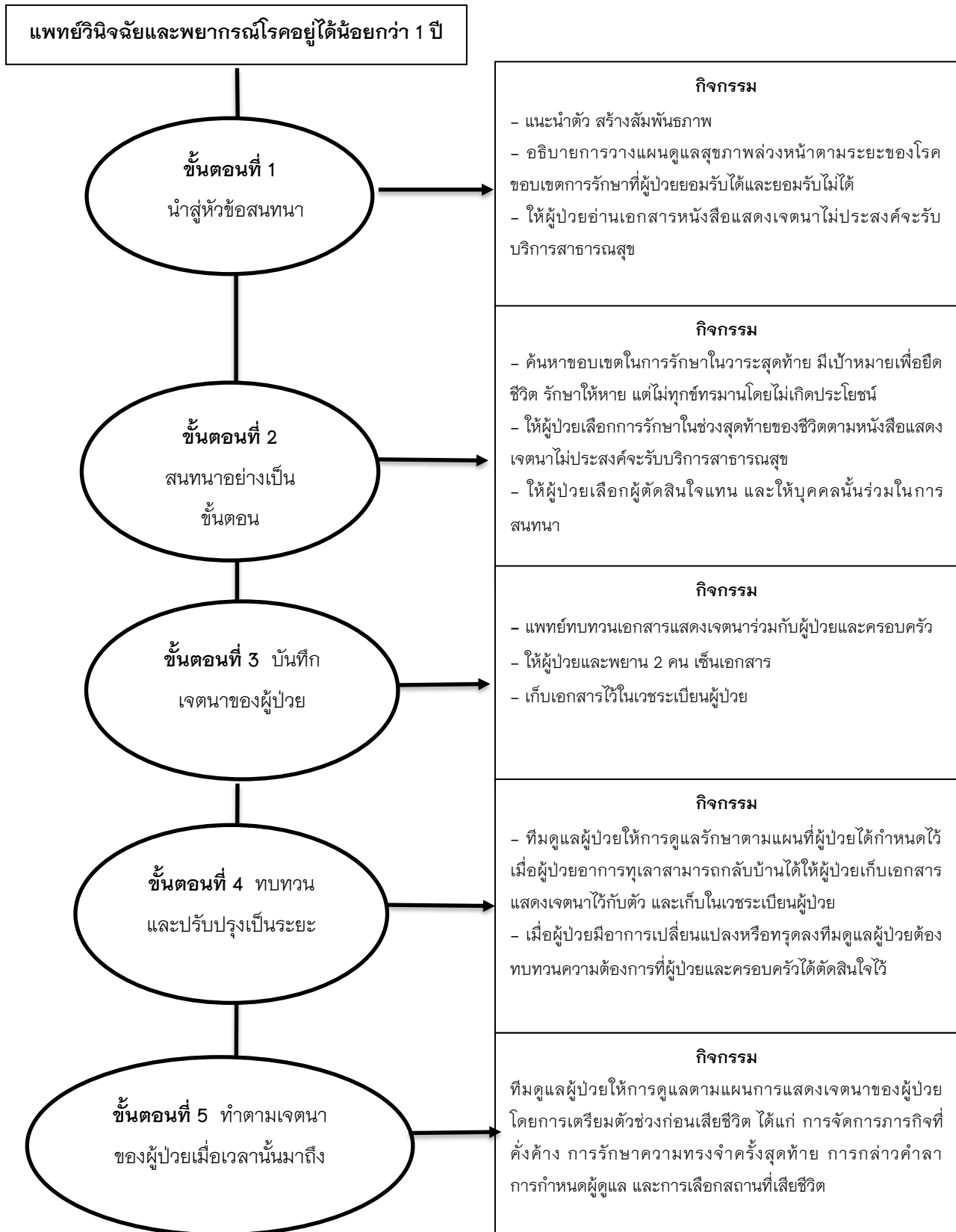
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565-2567 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) ติดเชื้อในกระแสโลหิต โรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 42.90 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 80.00 ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในโรงพยาบาลยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย จากการศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการ และการประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ จนได้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. ผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า
อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลอากาศอำนวย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้
รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ
ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาล
อากาศอำนวย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ
ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ข้อมูลทั่วไป		ก่อนใช้รูปแบบฯ (n=26)		หลังใช้รูปแบบฯ (n=26)		χ^2	P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ	ชาย	16	61.53	13	50.00	.702	.289
	หญิง	10	38.46	13	40.00		
2. อายุเฉลี่ย		$\bar{X} = 71.88$ S.D=2.72		$\bar{X} = 72.50$ S.D=3.39		13.532	.889
3. การวินิจฉัยโรค						6.413	.170
	CA	11	42.30	8	30.80		
	ESRD	13	50.00	10	38.50		
	Stroke	1	3.80	0	0		
	COPD	1	3.80	2	7.70		
	CHF	0	0	3	11.54		
	DM & Pneumonia	0	0	2	7.70		
	AMI	0	0	1	3.84		
4. PPS = 70 %		3	11.53	5	19.23	1.027	.795
PPS = 60 %		9	34.62	10	38.46		
PPS = 50 %		8	30.76	7	26.92		
PPS = 40 %		6	28.60	4	15.38		
5. การจัดการอาการรบกวน							
	ได้รับ	19	73.07	26	100.0	8.089	.004*
	ไม่ได้รับ	7	26.92	0	0		

P-value < .05

พบว่า การเปรียบเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนการใช้รูปแบบฯ มีจำนวนเพศชายมากกว่าหญิง
อายุและค่า PPS ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
ไม่แตกต่างกัน แต่การจัดการอาการรบกวน พบว่า
กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ ได้รับการจัดการ
อาการรบกวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.07 เป็นร้อยละ
100

2.2 ข้อมูลแสดงเจตจำนงให้มีกิจกรรมการดูแล
รักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและกิจกรรมที่ได้ระบุไว้
ได้รับการปฏิบัติตามแผนในผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีการรับรู้เรื่องโรคระยะ
ของโรค การพยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษา
ทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการค้าง
คาใจ ร้อยละ 81.00 เลือกลสถานที่เสียชีวิตคือบ้าน

ร้อยละ 85.70 กลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 100.0 ยังไม่เสียชีวิตร้อยละ 76.20

2.3 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายแบบ

ระดับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วย Chi Square

ข้อมูล	ก่อนใช้รูปแบบฯ (N=26)		หลังใช้รูปแบบฯ (N=26)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	9	42.90	0	0	15.60	.000*
2. ผู้ป่วยได้รับการกดนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น	3	14.30	0	0	5.532	.019*
3. ผู้ป่วยได้รับการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต	7	33.33	6	25.00	.221	1.00
4. ผู้ป่วยได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพุงซีฟ	5	55.55	0	0	35.226	.000*
5. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ	7	33.33	6	28.60	.361	.382
6. ผู้ป่วยได้รับการใส่สายยางให้อาหาร	8	14.30	2	4.80	4.457	.038*
7. ผู้ป่วยได้รับการฟอกไต	5	38.46	3	30.00	.591	.352
8. เสียชีวิตที่บ้าน	1	20.00	5	100.0	13.868	.001*
10. เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	5	80.00	0	0		

P-value<.05

ผลการการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่ากิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ การได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพุงซีฟ หลังการใช้รูปแบบฯผู้ป่วยระยะท้ายมีการยุติ/ถอดเครื่อง การได้รับได้รับการใส่สายยางให้อาหาร การเสียชีวิตที่บ้าน/โรงพยาบาล

2.4 ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง

โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ (Mean= 4.11, S.D.= 0.41)

2.5 ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมนursesวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (Mean= 4.07, S.D.= 0.27)

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 42.90 ซึ่งเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์และให้ความทุกข์

ทราบแก่ผู้ป่วย การเสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 80.00 เสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 20 หลังการพัฒนาผู้ป่วย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 0 และการเสียชีวิตที่บ้านตามเจตจำนงของผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ บุญมรดก และ โสเพ็ญ ชูมวล⁵ ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย สูงกว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และมีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการยุติเครื่องฟอกซีฟที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ และ นันทพร บุญธรรม⁶ ศึกษาพบว่าหลังจากพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 81.33 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ไม่ยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และฟอกเลือดล้างไต ร้อยละ 98.36 กิจกรรมที่ได้ระบุในแผนการดูแลล่วงหน้าได้ปฏิบัติตามแผนร้อยละ 100 ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 95.08 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.44

2. ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลตามใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีการรับรู้เรื่องโรคระยะของโรค การ

พยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษา ทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการค้างคาใจ ร้อยละ 81.00 เลือกสถานที่เสียชีวิตคือบ้าน ร้อยละ 85.70 กลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง ได้รับยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำลดลง ได้รับใส่สายยางให้อาหารลดลง และการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา ศิริพูลศักดิ์, กนกกร ราชบงษ์พันธ์, นภัสภรณ์ แสงสีเขียว และ ชวัญชาย กิติรัตน์⁹ การวางแผนดูแลล่วงหน้า ในด้านการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย การรับรู้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย การรับรู้เป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย การรับรู้การพยากรณ์โรคของครอบครัว การรับรู้เป้าหมายการรักษาของครอบครัว และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้หัตถการเพื่อยืดชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในแต่ละรายการดังกล่าวมีการตัดสินใจไม่ใช้หัตถการเพื่อยืดชีวิตด้วยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในรายการนั้นๆ

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายที่ไม่แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยได้รับการยุติ/ถอดเครื่องฟอกซีฟลดลง การฟอกไตลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา และการให้ออกซิเจนช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบ ลดอาการกระวนกระวายลงได้ สอดคล้องกับ กุลิสรา ชุนพินิจ และ วิยะการ แสงหัวช้าง¹⁰ ที่ศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองใน

ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายเป็นงานที่ท้าทายสำหรับพยาบาล การให้การรักษารอบทุกอย่างอาจไม่ได้เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย การเลือกการรักษาที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอาจเป็นแนวทางการรักษาที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย

4. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส ประไพ และ นันทิกานต์ หวังจิ⁴ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับพึงพอใจมาก 5. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของทึมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าความพึงพอใจของทึมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี มูลสี¹¹ ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถวางแผนดูแลล่วงหน้าและบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับรู้เรื่องโรค ระยะของโรค การพยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษา ไม่ต้องรับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2. ทึมสหสาขาวิชาชีพควรทบทวนผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ทุก 1 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ควรเผยแพร่รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ไปสู่โรงพยาบาลในระดับอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม และติดตามผลระยะยาวมากขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files

3. สุริย์ ลีมงคล. Advance care planning (ACP): nurse roles [PowerPoint slides on the Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaipalliativenurse.com/MiddleFiles/ActivityIMG/2be005ae-4192-4c35-b3d8-6419c0c5d0a2.pdf>
4. นันทน์ภัส ประไพ, นันทิกานต์ หวังจิ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):721-30.
5. ประไพ บุญมรดก, โสเพ็ญ ชูนวน. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบระดับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2568;9(1):270-82.
6. นันทพร บุญธรรม. การพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjUx>
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Training of the trainers in palliative care: module 9 goal setting and advance care planning. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
8. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาตร์เพชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2560;5(1):498-507.
9. นันทา ศิริพูลศักดิ์, กนกกร ราชปองชนธ์, นภัสภรณ์ แสงสีเขียว, ขวัญชาย กิติรัตน์. ความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการตัดสินใจใช้หัตถการเพื่อยื้อชีวิตเมื่อถึงวาระสุดท้าย คลินิกระดับประคอง โรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/20240826034353.pdf>
10. กุลสิรา ชุนพิณิจ, วิยะการ แสงหัวช้าง. การดูแลแบบระดับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566;31(3):186-201.
11. กัลยาณี มุลลู้. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบระดับประคอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Creator/personDc/116228>