

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม
อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

Development of Palliative Care Model for End-of-Life Cancer Patients with Community
Participation, Mueang District, Nong Bua Lamphu Province

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

พะเยา พรหมดี¹, เยาวภา สีตอกบวบ¹, อภิญญา พรหมจันทร์¹
Phayao Promdee¹ Yaowapha Seedokbuab¹ Apinya Promchan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ศึกษาในผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายทุกชนิดที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกสูชชีวาโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566 จำนวน 103 คน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบเดิม และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่จำนวน 103 คน วิเคราะห์ผลลัพธ์หลักเปรียบเทียบจำนวนของการทำ Advance care plan ด้วย Multivariable risk difference regression analysis และวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ด้วย paired t test

ผลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายดูแลแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 206 คน กลุ่มก่อนการพัฒนาจำนวน 103 คน และกลุ่มหลังการพัฒนาจำนวน 103 คน ผลเปรียบเทียบการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariable risk difference regression และ multivariable mean difference regression หลังปรับอิทธิพลตัวแปร พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มจำนวน Advance care plan ได้ 47 % (95%CI: 0.34 , 0.60) (p<0.001) สามารถเพิ่ม Living will 12% (95%CI: 0.04, 0.19) (p=0.002) สามารถเพิ่ม Family meeting 34% (95%CI: 0.21, 0.45) (p<0.001) และการประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ช่วยลดอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์เรื่องความรู้ของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยคะแนนความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นจาก 11.54(±2.54) คะแนนเป็น 14.45(±3.03) คะแนน (p<0.001) เมื่อเทียบกับก่อนการอบรม

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ,มะเร็งระยะท้าย,ดูแลประคับประคอง,ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This study was Action Research. The objective is to develop a palliative care model for end-of-stage cancer patients with community participation in Mueang District, Nong Bua Lamphu Province. The study was conducted on all types of end-stage cancer patients who received services at Sukchiwa Clinic, Nong Bua Lamphu Hospital. The data were collected retrospectively from October 2022 to June 2023, totaling 103 patients using the original model, and prospectively from July 2023 to March 2024, totaling 103 patients using the newly developed model. The main outcome was analyzed by comparing the number of advance care plans using Multivariable risk difference regression analysis and measuring knowledge before and after training community health volunteers using paired t test.

The research results found that 206 terminal cancer patients receiving palliative care who were treated at Nong Bua Lamphu Hospital, 103 people in the pre-development group and 103 people in the post-development group. The comparative results of the development of the palliative care model for terminal cancer patients with community

¹ งานกรรพยบยบที่บ้บบและชุมชน กลุ่มงนกรรพยบยบชุมชน รรพยบยบหนองบ้บบ

participation, when analyzed using multivariable risk difference regression and multivariable mean difference regression after adjusting for the influence of variables, found that the development of the palliative care model for terminal cancer patients with community participation could increase the number of advance care plans by 47% (95%CI: 0.34, 0.60) ($p < 0.001$), increase the living will by 12% (95%CI: 0.04, 0.19) ($p = 0.002$), increase the family meeting by 34% (95%CI: 0.21, 0.45) ($p < 0.001$), and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) assessment could reduce various disturbing symptoms, but no statistically significant differences were found. The results of knowledge of volunteers in caring for terminally ill patients by the knowledge score after training increased from 11.54(± 2.54) to 14.45(± 3.03) ($p < 0.001$) compared to before training.

Keywords: Model development, terminal cancer, palliative care, community participation

บทนำ

โรคมะเร็ง คือโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ของเซลล์ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโต โดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม¹ โรคมะเร็งระยะท้าย (End stage cancer) หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามไปตามอวัยวะอื่นๆ หรือผู้ป่วย ที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะที่ 4 หรือ แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่สามารถให้การรักษาแบบหวังผลหายได้ ซึ่งมักจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการค่อนข้างหนัก คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัดเยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งใน และ นอกสถาน บริการ การดูแลแบบประคับประคองหมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต²

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองมีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การทำงานประสานกันในทีมงานข้ามขอบเขตของสถานที่ดูแล (teamwork across setting) ไร้รอยต่อ การสื่อสารที่ดี และ มีความร่วมมือจากทีมปฐมภูมิ การจัดการอาการที่ดี การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลอารมณ์ สนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การเสียชีวิตอย่างสง่างามและความสัมพันธ์ที่ดี มีบุคคล ที่เหมาะสมกับงานมีใจรักจึงจะทำงานได้ดี การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมทันเวลา^{3,5} มีหลักการของรูปแบบการดูแล โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล กระบวนการดูแล การติดตามและประเมินผล⁴ การจัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การพูดคุยเพื่อลดความกังวลหรือซึมเศร้า และการติดตามทางโทรศัพท์⁶ มีทีมบุคลากรสาธารณสุขและจิตอาสา หรือชุมชน ช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จัดบริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกัน กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงาน ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)⁷ การดูแลผู้ป่วยโดยจิตอาสา การติดตามและเสริมพลังจิตอาสา การสื่อสาร ส่งต่อประสานงานระหว่างเครือข่าย⁸ ความตายไม่ใช่เรื่องของบุคคลแต่เป็นเรื่องของชุมชน ที่ต้องเกี่ยวกับบุคคลหลายฝ่าย ตั้งแต่ญาติพี่น้อง สมาชิกในชุมชน รวมถึงบุคลากรในบริการสุขภาพระบบการดูแลแบบประคับ

ประการที่บ้านและชุมชนจึงมีความหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติอย่างยิ่ง ด้วยวิธีการดูแลแบบองค์รวมซึ่งหมายถึงการดูแลครอบคลุมทางกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณหรือความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยว⁹

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู มีการดำเนินงานตามแผนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เลือกดูแลแบบประคับประคอง ปี 2563 จำนวน 117 คน ปี 2564 จำนวน 114 คนและปี 2565 จำนวน 123 คน มีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ให้มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ยังเป็นเพียงการทำงานโดยบุคลากรเพียงอย่างเดียว ซึ่งยังขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การสร้างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน มีทีมดูแลแบบบูรณาการ ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน โดยเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตามบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน แต่ละแห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังสามารถสร้างเครือข่ายอื่นๆนอกเหนือจากทีมสุขภาพให้เข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมี

ส่วนร่วม เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแบบเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยดำเนินการในระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) จำนวน 2 วนรอบ และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากตัวกระตุ้น (Evidence trigger phase)

1.1 ตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติ (Practice triggers)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการมีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เลือกดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในปีพ.ศ. 2563 จำนวน 117 คน ปีพ.ศ. 2564 จำนวน 114 คน และปีพ.ศ. 2565 จำนวน 123 คน พบข้อมูลการประชุมครอบครัว (Family meeting) และวางแผนล่วงหน้าในปีพ.ศ.2564 จำนวน 20.97% ปีพ.ศ.2565 จำนวน23.87% ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์

1.2 จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน และการสอบถามของทีมดูแลประคับประคองที่ปฏิบัติงานพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองยังเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ยังขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีจิตอาสาที่มีความรู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขาดการสื่อสารระหว่างทีม สหวิชาชีพ ขาดการนำญาติเข้า

มามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาจัดประชุมเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบ

1.3 จากการตามรอยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเจ็บป่วยระยะท้ายต้องเผชิญกับความไม่สบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งปัญหาด้านค่าใช้จ่ายการจัดการการดูแลของครอบครัว ซึ่งบางครอบครัวไม่กล้าเปิดเผยความจริงกับผู้ป่วย การดูแลจึงเป็นเพียงการรักษาด้วยยาจัดการอาการรบกวน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวประสงค์รับการดูแลที่บ้านมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล พบว่านอกจากทีมสุขภาพแล้วในรายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและตัดสินใจการวางแผนชีวิตล่วงหน้าได้ดีขึ้น

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Support Phase)

หลังจากได้ประเด็นปัญหา ทีมได้ประชุมทบทวนร่วมกัน ทำการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้อง กับปัญหาทางสังคมและทางคลินิก มาสรุปเป็นองค์ความรู้ เพื่อแก้ไข ปัญหา โดยทำการสืบค้นรายงานการวิจัยและ วรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ระยะ ท้าย การดูแลแบบประคับประคอง งานวิจัยด้านสังคมประเทภพภูมิ งานวิจัยด้านคลินิกประเทภพ ทฤษฎี และระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 3 การนำระบบที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ไปศึกษานำร่อง (Evidence-observed phase)

3.1 ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าระบบ การแบ่งระดับผู้ป่วย เป้าหมายในการดูแลและวางแผนการดูแล การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

3.2 จัดอบรมจิตอาสาตามหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

3.3 ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนร่วมประชุมและฟังการอบรมได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกสัชกร แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลรพ.สต. ศูนย์แพทย์ชุมชน และพยาบาลเรือนจำ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

3.4 จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การจัดการอาการรบกวนต่างๆ

3.5 จัดทำแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน

3.6 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 1) จำนวนการวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance care plan) 2) จำนวนการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ขอรับบริการทางสาธารณสุข (Living will) 3) การประเมินและจัดการอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System, ESAS) 4) ผลลัพธ์ที่เกิดกับจิตอาสาในประเด็นความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence – based phase)

โดยการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลังทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไข จนสามารถเป็นระบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู นำไปสู่การปฏิบัติกับงานประจำได้จริง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มผู้ป่วย เกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ในระยะแพร่กระจาย มีระดับ Palliative performance scale (PPS) $\geq 40\%$ มีการรับรู้การดำเนินโรคตามความจริง อายุ 18 ปี ขึ้นไป สมัครใจรักษาแบบประคับประคอง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูช่วงเวลาปี พ.ศ.2565 – 2567 รวม 206 คน เกณฑ์คัดออกคือ ปฏิเสธเข้าร่วมการ ผู้ป่วยไม่ทราบวินิจฉัยโรค อายุ < 18ปี มีระดับPPS $\leq 30\%$ เสียชีวิตหรือถอนตัวออกจากการการวิจัย

โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน มิถุนายน 2566 จำนวน 103 คน ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมิได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ แต่มีทีมสุขภาพหลากหลายสาขาร่วมดูแล

กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 จำนวน 103 คน ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีทีมสุขภาพร่วมกับ ผู้ดูแล ครอบครัว ผู้นำชุมชน พระ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำชุมชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมดูแล มีบทบาท ร่วมในการตัดสินใจ ร่วมเสียสละในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวตามที่ตัดสินใจ

กลุ่มจิตอาสา คืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู เกณฑ์คัดเข้าคือสมัครใจเข้าร่วมอบรม เกณฑ์คัดออกคือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมอบรม ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสื่อสารได้แก่ โทรศัพท์ line ไม่สามารถจดบันทึกเอกสารได้

การคำนวณขนาดการศึกษา: เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ภายใต้สมมุติฐาน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองรูปแบบเดิม มีการทำ Advance care plan ที่ 50% และเพิ่มขึ้น หลังพัฒนารูปแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการทำ Advance care ที่ 70% กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง

(significance) ที่ 5% และ power 80% ได้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มละ 103 ราย รวมทั้งหมด 206 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประกอบไปด้วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ชนิดโรคมะเร็ง โรคร่วม ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ศาสนา care giver การสนับสนุนทางสังคม การทำกระบวนการ Advance care plan

1.2 แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินปัญหาผู้ป่วยเบื้องต้นและนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ในแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซีมีเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

1.3 แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living will) อ้างอิงจากมาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยพ.ศ.2565 (Thai standards for advance care planning) เป็นหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney) เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ตามกฎหมายมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของจิตอาสา ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อายุการทำงานของจิตอาสาในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) คะแนนความรู้ของจิตอาสา

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและครอบครัวโดยอ้างอิงจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและครอบครัวของสภาการพยาบาล เป็นคำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 0-5 ระดับ และกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกได้คำตอบเดียว

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

2.2 แบบทดสอบความรู้ของจิตอาสา เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบทดสอบความรู้ของจิตอาสา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย Palliative care 1 ท่าน เกสัชกรผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care for Pharmacists ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย Palliative care 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน Palliative care 1 ท่าน จากนั้นดำเนินการหาความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ได้ค่าความตรงดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) ค่า IOC = 1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหาไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล: ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบปกติ และใช้การแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์สำหรับที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ สถิติสำหรับการเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Exact probability test สำหรับ categorical variable และ T-test สำหรับตัวแปรข้อมูลต่อเนื่อง เปรียบความแตกต่างของการทำ Advance care plan ด้วย Multivariable risk difference regression analysis

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 019/2566

ผลการศึกษา

จากการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู มีผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 206 คน แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะแพร่กระจายมีระดับ PPS >40% กลุ่มละ 103 คน โดยเก็บคนละช่วงเวลา ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ ลักษณะทั่วไปของจิตอาสา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการแสดงและอาการรบกวน ไม่สุขสบาย เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการทำ Advance care plan, Living will และ Family meeting และระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มจิตอาสาที่ศึกษาทั้งหมดเป็นเพศหญิง 41 (97.62%) คน เพศชาย 1 (2.38%) คน อายุเฉลี่ย 49.40 (± 6.54) ปี วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษาตอนปลาย 17 (40.48%)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู เรื่องความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของจิตอาสา โดยคะแนนความรู้หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.54(±2.54) คะแนน เป็น 14.45(±3.03) คะแนน ($p<0.001$) เมื่อเทียบก่อนการให้ความรู้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นเพศหญิง 101 (49.03%) ราย เพศชาย 105 (50.97%) ราย อายุเฉลี่ย 67.03 (±12.39) ปี อายุอยู่ระหว่าง 32 ถึง 91 ปี มี

น้ำหนักเฉลี่ย 51.57 (±10.29) กิโลกรัม ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับ และมะเร็งปอด โรคร่วมมีโรคเบาหวานเป็นอันดับแรก ระดับPPSเฉลี่ย 61.22 (±16.01) % รายได้ครอบครัว/เดือน 5,001 - 10,000 บาท ได้รับการสนับสนุนในชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับการประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) อาการและอาการแสดงง่วงซึม/สับสน/สับสน หอบ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่ม1 รูปแบบการดูแลเดิม (n=103)		กลุ่ม2 รูปแบบการดูแลหลังพัฒนา (n= 103)		p-value
	n	%	n	%	
อาการและอาการแสดง (ประเมินครั้งที่ 2), mean (±SD)					
ปวด	4.10	(±2.02)	4.10	(±1.87)	1.000
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	5.17	(±2.07)	4.58	(±2.27)	0.056
คลื่นไส้	0.45	(±1.39)	0.35	(±1.11)	0.580
วิตกกังวล	1.46	(±1.85)	1.17	(±1.84)	0.258
ซึมเศร้า	0.56	(±1.62)	0.12	(±0.63)	0.010
ง่วงซึม/สับสน	1.23	(±2.30)	0.55	(±1.60)	0.015
เบื่ออาหาร	2.71	(±2.64)	2.60	(±2.53)	0.767
สบายดีทั้งกายและใจ	2.29	(±1.95)	1.72	(±1.77)	0.028
เหนื่อยหอบ	3.01	(±2.58)	2.17	(±2.44)	0.017
อาการอื่นๆ					
ท้องผูก	17	16.50	22	21.36	0.477
ไข้	2	1.94	0	0.00	0.498
นอนไม่หลับ	2	1.94	1	0.97	1.000
คัน	4	3.88	2	1.94	0.683
ผื่น	3	2.91	0	0.00	0.246
ไอ	1	0.97	0	0.00	1.000
Family meeting	66	64.08	98	95.15	<0.001
Advance care plan	42	40.78	91	88.35	<0.001
Living will	0	0.00	15	14.56	<0.001

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่ม1

รูปแบบการดูแลเดิมมี Family meeting 66 ราย (64.08%) Advance care plan 42ราย (40.78%)

Living will) กลุ่ม2 รูปแบบการดูแลหลังพัฒนา Family meeting 98ราย (88.35%) Advance care plan 91 ราย (88.35%) Living will 15ราย (14.56%) ($p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับคะแนนESASลดลง ในอาการซึมเศร้ากลุ่ม1เฉลี่ย $0.56(\pm 1.62)$ กลุ่ม2เฉลี่ย $0.12(\pm 0.63)$ ($p<0.010$) อาการร่งวงซึม/สลิ้มสลิ้อกลุ่ม1

เฉลี่ย $1.23(\pm 2.30)$ กลุ่ม2เฉลี่ย $0.55(\pm 1.60)$ ($p<0.015$) อาการสบายดีทั้งกายและใจกลุ่ม1เฉลี่ย $2.29(\pm 1.95)$ กลุ่ม2เฉลี่ย $1.72(\pm 1.77)$ ($p<0.028$) และอาการเหนื่อย หอบกลุ่ม1เฉลี่ย $3.01(\pm 2.58)$ กลุ่ม2เฉลี่ย $2.17(\pm 2.44)$ ($p<0.017$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 Clinical out comes in adjusted analysis

Out come	กลุ่ม1	กลุ่ม2รูปแบบ	Clinical Parameters	Adjusted Effect	95% CI	p-value
	รูปแบบการดูแลเดิม (n=103)	การดูแลที่พัฒนา (n=103)				
Advance careplan	42 (40.78%)	91 (88.35%)	Risk difference	0.47	0.34,0.60	<0.001
Living will	0 (0.00%)	15 (14.56%)	Risk difference	0.12	0.04,0.19	0.002
Family meeting	66 (64.08%)	98 (95.15%)	Risk difference	0.34	0.21, 0.45	<0.001
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)						
อาการปวด	4.10 ± 2.02	4.10 ± 1.87	Mean difference	-0.15	-0.71,0.39	0.574
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	5.17 ± 2.07	4.58 ± 2.27	Mean difference	-0.14	-0.67,0.37	0.574
อาการคลื่นไส้	0.45 ± 1.39	0.35 ± 1.11	Mean difference	0.08	-0.92,0.38	0.565
อาการวิตกกังวล	1.46 ± 1.85	1.17 ± 1.84	Mean difference	-0.28	-0.67,0.10	0.152
อาการ ซึมเศร้า	0.56 ± 1.62	0.12 ± 0.63	Mean difference	-0.25	-0.58,0.06	0.119
อาการร่งวงซึม/สลิ้มสลิ้อ	1.23 ± 2.30	0.55 ± 1.60	Mean difference	0.05	-0.31,0.41	0.765
อาการเบื่ออาหาร	2.71 ± 2.64	2.60 ± 2.53	Mean difference	-0.28	-0.80,0.23	0.281
อาการสบายดีทั้งกายและใจ	2.29 ± 1.95	1.72 ± 1.77	Mean difference	-0.23	-0.68,0.21	0.299
อาการเหนื่อยหอบ	3.01 ± 2.58	2.17 ± 2.44	Mean difference	-0.32	-0.83,0.19	0.220

วิเคราะห์ด้วย multivariable risk difference regression และ multivariable mean difference regression หลังปรับอิทธิพลตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ BMI รายได้ ชนิดของมะเร็ง มีมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งระบบ อวัยวะสืบพันธุ์สตรี มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ โรคร่วม ระดับคะแนน PPS การใช้ยาลดปวด การได้รับการส่งข้อมูลเข้าการดูแลแบบประคับประคองจาก แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อสม. และติดต่อเองโดยผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่ม Advance careplan ได้ 47 % (95%CI: 0.34 , 0.60) ($p < 0.001$) สามารถเพิ่ม Living will 12% (95%CI: 0.04 , 0.19) ($p = 0.002$) สามารถเพิ่ม Family meeting 34% (95%CI: 0.21, 0.45) ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ช่วยลดอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.78

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ได้รูปแบบการดูแลที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยมีแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะท้าย ขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคอง มีระบบการวางแผนจำหน่าย เตรียมวัสดุอุปกรณ์เพื่อ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง ทั้งการจัดเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับทีมในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ผู้นำชุมชน ผู้นำ

ทางศาสนา ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาที่ผ่านการอบรม เกิดการขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สร้างการเรียนรู้ของประชาชนในชุมชนมากขึ้น โดยมีการทำ Family meeting, advance care plan, living will ทั้งในคลินิกสุขชีวะ และในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมทาง เยี่ยมทาง Tele-health โดยออกแบบการนัดตามปัญหาเร่งด่วนและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย มีระบบนัดติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกสุขชีวะ รวมทั้งระบบ consult ระหว่างทีมรักษา และระหว่างผู้ป่วย ญาติกับทีมรักษา มีไลน์เฉพาะกลุ่มการดูแลประคับประคอง ลดรอยต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นช่องทางปรึกษาการดูแลของทีมเครือข่าย ลดภาระของครอบครัวที่ต้องนำผู้ป่วยเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านโปรแกรม google drive ทำให้การบันทึกข้อมูลมีความต่อเนื่องและนำมาวิเคราะห์ได้ง่ายขึ้นไม่เกิดการสูญหายของข้อมูล ซึ่งจากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู พบว่ามีการประชุมปรึกษาในครอบครัว (Family meeting) เพิ่มขึ้น 34% การวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) เพิ่มขึ้นจากเดิม 47 % การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต(Living will) เพิ่มขึ้นจากเดิม 12% และช่วยลดอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความไม่ สบายของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย เกิดผลลัพธ์ทางสังคมได้แก่ การสนับสนุนของกลุ่มในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น รวมทั้งเกิดจิตอาสาที่มีความรู้เป็นเครือข่ายระดับชุมชน สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุดของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ

ประโยชน์⁸ ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ (1) การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการจิตอาสา (2) การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา (3) การดูแลผู้ป่วยโดยจิตอาสา (4) การติดตามและเสริมพลังจิตอาสา (5) การสื่อสาร ส่งต่อประสานงานและ (6) การจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา พบว่า เกิดเครือข่าย จิตอาสาที่สามารถบริหารจัดการพึ่งตนเองได้ เกิดทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม สอดคล้องกับ กชพร เชื้อนธนะและคณะ⁷ ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย (1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่เกิดความตระหนักทำงานด้วยใจรักและจิตเป็นกุศลหนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย (2) บริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ (3) ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล (4) แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานงานระดับอำเภอและตำบล (5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงานด้วยการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์แห่งความดีในหัวใจให้กับทีมงาน (6) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ระดับอำเภอในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (7) ระบบการกำกับติดตามประเมินผล และ (8) ระบบสนับสนุนศูนย์อุปกรณ์กองทุนและระบบฐานข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น สรุป (Conclusion) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู รวมทั้งการมีส่วนร่วม

ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีขบวนการพัฒนาขึ้นตามลำดับ ซึ่งเป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติในสถานการณ์จริงตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีแนวทางการปฏิบัติและเป็นรูปแบบเดียวกัน ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนารูปแบบ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา เพิ่มการทำ Family meeting ,Advance care plan และ living will ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน รวมทั้งมีการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่จิตอาสาให้ครอบคลุมทุกคน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ผลการวิจัยมีเฉพาะรูปแบบด้านปฏิบัติการในชุมชน ควรมีการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลก็ควรศึกษาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์ไพฑูริย์ ไบประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู แพทย์หญิงไอรดา สายปัญญา รองผู้อำนวยการด้านภารกิจบริการปฐมภูมิ คุณขวัญจิต คง

พุดมิกคุณ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน คุณเรืองศิริ ภาณุเวช ศูนย์วิจัยทางคลินิกโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คุณจิตรลดา พิมพ์ศรี หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู คณะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายต่างๆในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 นพ.วิเชียร ศรีมนุนิธน์นิมิตและคณะ. ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ; พิมพ์ครั้งที่1.กรกฎาคม 2562. (<http://www.thethaicancer.com/PDF/People/ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ.pdf>)
- 2 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 หน้า24.
- 3 ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ คณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ : พิมพ์ครั้งที่1 กันยายน 2563.
- 4 วาสนา สวัสดิ์ดินถนาทและคณะ. ศึกษาวิจัยการพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ;วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
- 5 ศรีรัตน์ มากมายและคณะ. ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในวารสารโรคมะเร็ง ฉบับที่2 ; 2561.
- 6 วราภรณ์ อ่อนอนงค์ และเยาวรัตน์ มัชฌิม. โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง ใน : วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์ ฉบับที่1 ; 2562. หน้า158-169
- 7 กขพร เขื่อนธนะและคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ใน ; วารสารวิชาการสาธารณสุข ฉบับที่ 2 ; 2562.
- 8 จันทรเพ็ญ ประโยงค์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ใน : วารสารวิชาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ; 2563.