

การพัฒนาแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม  
Development of pain management model for end stage of cancer patients  
Yangsisurach district, Mahasarakham province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

คำตัน ปินะโต<sup>1</sup>,พีร์ วุชรพงษ์ไพบูลย์<sup>1</sup>,ศุภชัย แพงคำไศล<sup>1</sup>,กัลยาณี ประทุมทอง<sup>1</sup>,กาญจนา จันทะนุย์<sup>1</sup>  
Khumtun Pinato<sup>1</sup> Pee Wucharawongpibool<sup>1</sup> Supachai Paengkamlai<sup>1</sup> Kullayanee Pratumtong<sup>1</sup>  
Kanjana Chanthanui<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จากการดำเนินงานกันยายน 2565- ตุลาคม 2566 ผู้มีส่วนร่วมวิจัย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในรพ./รพ.สต. อสม.และ CG ในชุมชน รวม 43 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว 20 คน ขั้นตอนวิจัย ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ จากการทบทวนอุบัติการณ์ ประชุมระดมสมอง ทบทวนเวชระเบียน สังเกตการดูแล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การ พัฒนารูปแบบฯ นำไปใช้ปรับปรุงตามวงรอบและประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับการปวด แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของสำนักพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดย จำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช คือ P-A-I-N Model ประกอบด้วย 1) Pain & Performance : การประเมินอาการปวดและความสามารถในการช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในครอบครัว มีการกำหนด กำกับติดตาม แนวทางประเมินความปวดที่ชัดเจน 2) Assurance of guideline : มีแนวทางปฏิบัติ คู่มือการจัดการความปวด 3) Information & Communication: การบันทึกข้อมูล Pain score การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา Link ในการประเมินอาการปวด มี PCWN ระหว่างหน่วยงานและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและคลิปล้นการให้ยา 4) Net Work : เครือข่ายเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลในชุมชน พบว่าระดับคะแนนความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากระดับรุนแรง หลังได้รับการจัดการ 48 ชม.พบว่าลดลงร้อยละ50 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.57,S.D 0.54) เครือข่ายบริการในชุมชนมีความพึงพอใจในการประเมินโดยใช้ Link ประเมิน PPS score อสม.และCG มีทักษะและความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลอาการปวดเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การจัดการความปวด ,มะเร็ง,ระยะท้าย

**Abstracts**

The objective of this action research was to study the development and evaluation of a pain management model for terminal cancer patients in Yangsisurach District from September 2022 to October 2023. There were 2 groups of participants: 1) The group that jointly developed the model, consisting of a multidisciplinary team in the hospital/subdistrict health promotion hospital, village health volunteers, and CG in the community, totaling 43 people; 2) 20 terminal cancer patients and their families. The research steps studied the problems and situations from reviewing the incidence, brainstorming, reviewing medical records, and observing care. After that, the data was analyzed to lead to the development of the model, which was used for improvement in the cycle, and evaluation. The research instruments included a pain level assessment form, a home visit record

<sup>1</sup> โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

form by a multidisciplinary team, a nursing practice observation form, and a patient and relative satisfaction assessment form, which was adapted from the nursing office's assessment form. Qualitative data analysis used content analysis. Quantitative data by number, mean, and percentage.

Results of the study: A pain management model for terminal cancer patients Yangisurach District is P-A-I-N Model consisting of 1) Pain & Performance: Assessment of pain and ability to help both staff and family caregivers. There is a clear determination, monitoring and follow-up of pain assessment guidelines. 2) Assurance of guidelines: There are guidelines, pain management manuals. 3) Information & Communication: Recording pain score data, effective communication, developing a link for pain assessment, having PCWN between agencies and home caregivers to link data and short clips of medication administration. 4) Net Work: Strong network with participation of multidisciplinary teams and caregivers in the community. It was found that the pain score of terminal cancer patients from severe level after receiving management for 48 hours was reduced by 50 percent, and patients and families were highly satisfied with pain management (Mean = 4.50, SD 2.84). The community service network was satisfied with the assessment using the link to assess PPS score. Village health volunteers and CG had more skills and confidence in pain care.

**Keyword:** pain management ,cancer patients

## บทนำ

มะเร็งถือว่าเป็นโรคร้ายที่คร่าชีวิตของผู้คนไปอย่างมากมาย จากทั่วโลกพบว่ามีแนวโน้มการเจ็บป่วย และตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากรายงานของสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ระบุว่าในปี 2551 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 7.6 ล้านคน องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีประชากรต้องการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชชี ประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพ ประชากรไทย ,2555)ในประเทศไทยมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 จากข้อมูลสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ<sup>1</sup> ผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศจำนวน 2,577,641 ราย( ข้อมูล 1 ต.ค.66-11 ก.ค.67)มีมะเร็งรายใหม่ 83,557 ราย เสียชีวิต 60,000 ราย/ปีเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 รายและอัตราการ เสียชีวิตด้วยมะเร็งที่พบบ่อยคือ มะเร็งปอด(เสียชีวิต 1.80ล้านคน) มะเร็งลำไส้และทวารหนัก (เสียชีวิต 916,000) มะเร็งตับ(เสียชีวิต 830,000ราย) สำหรับประเทศไทยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็ง

ลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี สำหรับเพศชาย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด ซึ่งเซลล์มะเร็งสามารถเคลื่อนที่ออกจากมะเร็งต้นกำเนิด (Primary tumor) ผ่านทางหลอดเลือดและน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่น บุกรุกทำลายทำให้เกิด ความเสียหายต่ออวัยวะเหล่านั้น การแพร่กระจายโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อยู่ในระยะที่ 4 เพิ่มมากที่สุด(ร้อยละ 37.2)รองลงมา คือระยะที่ 1 (ร้อยละ 24.6) ระยะที่3 (ร้อยละ21.9) ระยะที่2 (ร้อยละ 12.5)และไม่ทราบระยะ(ร้อยละ 3.8)ตามลำดับ<sup>2</sup> และอาการที่พบบ่อยเป็นประจำที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานคือ อาการเจ็บปวด มีสาเหตุจากการแพร่กระจาย(Metastasis) เช่น มะเร็งกระจายไปยังกระดูก เส้นประสาทไขสันหลังถูกเบียดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง จากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังสมอง ลำไส้อุดตัน ปวดหลังจากการฉายรังสี ปวดปลายประสาทจากเคมีบำบัด การรักษาเคมีบำบัดบางชนิด และอาการปวดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ กลัว วิดก กังวล โดดเดี่ยว ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าร้อยละ 80 จะต้องทนทุกข์ทรมานในระสุดท้าย<sup>3</sup>

ภาครัฐได้กำนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งผ่านระบบ Service plan สาขาโรคมะเร็ง กำหนดตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์เพื่อลดอัตราป่วย การเสียชีวิต ลดระยะเวลาการรอคอย และสาขาประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคมะเร็งทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในชุมชนซึ่งในบริบทของชุมชน ชนบทการได้รับการบรรเทาอาการปวดจึงมีความสำคัญมากที่สุดในผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานที่สุดคือ ความปวด<sup>4</sup> การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการรบกวนต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงเจตจำนงไว้<sup>5</sup> การปรับปรุงเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงมอร์ฟิน แบบรับประทานสำหรับอาการปวดจากมะเร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>6</sup> ซึ่งหลักการการดูแลแบบประคับประคองควรมีการบูรณาการตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคตั้งแต่เริ่ม จนถึงระยะลุกลามจนไม่สามารถรักษาหายขาดได้ พยาบาลจึงเป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งการประสานการดูแลและช่วยเหลือ การบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตสังคมรวมทั้งการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียผู้ป่วย<sup>7</sup> ในการดูแลแบบประคับประคองจะมีพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse : PCN) มีบทบาทในการจัดการระบบข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการ รับข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยบริการทั้งภายในและภายนอก วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย วางแผนในการดูแลตั้งแต่รับเข้าดูแลจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตพร้อมกับสนับสนุนให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสห

สาขาวิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพื้นที่ในชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อความยั่งยืนในชุมชน<sup>8</sup>

จากสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราชพบว่า อัตราตายจากปัญหาโรคมะเร็งอันดับ1 จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลยางสีสุราช ปี2561-2565 สาเหตุการตายจากมะเร็ง 5 อันดับ คือ CA liver 9 ราย CA lung 7 ราย CA Billiary trac 5 ราย Intestinal malignant 4 ราย CA Cervix 3 ราย เป็นสาเหตุการตายอันดับ1ของพื้นที่ อาการปวดพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นอาการทุกข์ทรมานพบสูงถึงร้อยละ 30-90 (เกษกนก กมลมาตยกุลและคณะ,2555) โรงพยาบาลยางสีสุราชมีผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอาการปวดและจากการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนจากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รพ.ยางสีสุราช ปี2565-2566 พบว่า การเข้าถึงOpioid ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งในระบบฐานข้อมูลในHDC ไม่ผ่านเกณฑ์ การให้ยาในระยะใกล้ตายที่บ้านยังไม่ชัดเจนในกลุ่มที่มีอาการปวด การประเมินอาการปวดสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการยังไม่ครอบคลุมการใช้ยาสำหรับแพทย์ยังไม่ชัดเจน การประเมินPain scoreก็ไม่ครบทุกครั้งที่มารับบริการ และจากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อพบผลข้างเคียงของยาจึงไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา และทีมดูแลในชุมชนที่รพ.สต.ใกล้บ้าน มีหลากหลายวิชาชีพขาดความมั่นใจในการจัดการอาการปวดในระยะท้ายที่บ้านส่งผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้Manager Palliative จึงเห็นความสำคัญของพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน พื้นที่ดำเนินการคือ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยตายดีตามความปรารถนาในวาระท้ายของชีวิต

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

### วิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)<sup>9</sup> โดยใช้กระบวนการ P-A-O-R ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart(1988)<sup>5</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์และการประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการวิจัยคือ ตุลาคม 2565- กันยายน 2566 แบ่งเป็น 2 วนรอบ วนรอบ ที่ 1 ดำเนินการระหว่างตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 วนรอบที่2 ดำเนินการระหว่าง มีนาคม 2566 - กันยายน 2566 **กรอบแนวคิดในการวิจัย** ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) **การเลือกพื้นที่วิจัย** ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยคือ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 10 แห่ง

**ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย** เลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นบุคคลที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้าย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในรพ. พยาบาล ER,OPD,IPD เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.และ CG ในชุมชน รวม 43 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 20 คน และครอบครัว 20 คน รวม 40 คน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า** คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและแพทย์ลงความเห็นว่าควรรักษาแบบประคับประคอง(Palliative care)โดยมีค่า Palliative performance scale(PPS)<30 ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัยและสมัครใจรับการรักษาตามแนวทางประคับประคอง ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ตลอดการศึกษา

**เกณฑ์การคัดออก** คือ ผู้ที่ขอยกจากการศึกษา ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการศึกษา ญาติผู้ดูแลคัดเลือกว่ามีอายุ 18 ปีขึ้นไป รับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน ประกอบด้วยญาติสายตรง หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย

**ขั้นตอนวิจัย (วนรอบที่ 1)** มีการดำเนินงานดังนี้ **ขั้นตอนที่1** Plan การวางแผนเริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลอย่างสีสุราช (2) ศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์/ สภาพปัญหาจากข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล(Risk Report) (3)ทบทวนข้อมูล ผู้ป่วยองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายตามService plan สาขาประคับประคอง (4) สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มกับกลุ่มที่ร่วม

พัฒนาทั้งหมด 83 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ  
ในรพ. พยาบาล ER,OPD,IPD เจ้าหน้าที่รพ.สต.  
อสม.และ CG ในชุมชน และตัวแทนผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะท้ายและครอบครัว รวม 43 คน (5) คั้นข้อมูล  
สภาพปัญหาเพื่อร่วมระดมสมองและกำหนดกิจกรรม  
**ขั้นตอนที่ 2 Act** การพัฒนารูปแบบการจัดการ  
อาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากการทบทวน  
วรรณกรรม และนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและ  
สถานการณ์จากขั้นตอนที่ 1 มานำเสนอในการ  
ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลยางสีสุราช  
และหารือในคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วยระยะ  
สุดท้ายของโรงพยาบาลยางสีสุราช และมีกิจกรรม  
ดำเนินการ ถ่ายทอดนโยบายผ่านเวทีการประชุม  
ประจำเดือน/วาระการประชุมคณะกรรมการ  
เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กำหนดวัน  
ติดตามเยี่ยมบ้านวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 09-  
12.00น.ทุกสัปดาห์ โครงการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้  
เกี่ยวกับการจัดการอาการปวด จัดทำคู่มือ แนว  
ทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะใกล้  
ตาย และนวัตกรรมในการดำเนินงาน **ขั้นตอนที่ 3**  
Observe ติดตาม สังเกตการณ์ใช้แบบประเมิน  
อาการปวด จัดการอาการปวดตามแนวทางที่กำหนด  
ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลประคับประคองใน  
โรงพยาบาลจนถึงชุมชน รวมทั้งประเมินความพึง  
พอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการอาการปวดใน  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและความพึงพอใจของ  
เจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้ป่วย  
มะเร็งระยะท้าย พัฒนาปรับปรุงตามประเด็นปัญหา  
**ขั้นตอนที่ 4 Reflect** หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมตาม  
วงรอบที่ 1 และนำรูปแบบการจัดการอาการปวด  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปทดลองใช้ ผลสะท้อนกลับ  
พบปัญหาและอุปสรรค 2 ประเด็น คือ (1) สมรรถนะ  
ของพยาบาล PCWN ในแต่ละจุดบริการ ในด้านการ  
จัดการอาการปวด และทักษะการให้ Syringe Driver  
(2) รพ.สต.ในพื้นที่ออกนอกสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข ๑๐๐% จึงนำเข้าสู่การดำเนินงานใน  
วงรอบที่ 2 ของการพัฒนา

**วงรอบที่ 2** มีการดำเนินงาน โดย**ขั้นตอนที่ 1**  
Revised Plan นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์  
สาเหตุ ปัญหาจากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่  
ผ่านมาพบ 3 ด้าน คือ (1) ด้านบุคลากร : แพทย์ GP  
ที่ดูแลผู้ป่วยให้ยาในขนาดที่น้อยๆไม่นำแนวทางการ  
ให้ยามาใช้ตามความเหมาะสม : PCWN ในแต่ละจุด  
บริการ ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และตึกผู้ป่วยใน  
ยังขาดความมั่นใจในเทคนิค การให้ Syringe driver  
ด้าน Service Mind ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม  
(2) เครือข่ายบริการในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพประจำตำบลออกนอกสังกัดกระทรวง  
สาธารณสุข 100% (3) ด้านอุปกรณ์ พบว่าในกรณี  
ผู้ป่วยรายใหม่ ที่Refer back หรือมาขอเยี่ยมอุปกรณ์  
นอกเวลา ไม่ได้อุปกรณ์ เนื่องจากอุปกรณ์เก็บที่ห้อง  
ดูแลประคับประคอง ซึ่งไม่เปิดบริการในวันหยุด และ  
เครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง (Syringe Driver) มี 2 เครื่อง  
หลังจากนั้นทำการคืนข้อมูลกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึง  
เกิดการดำเนินงานใน**ขั้นตอนที่ 2 Act** การจัด  
กิจกรรมเพื่อสนับสนุน การพัฒนารูปแบบการจัดการ  
อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยการ  
ปรับปรุง Standing order,พัฒนาสมรรถนะและ  
เสริมกำลังใจให้กับ PCWN ในจุดบริการต่างๆสรรหา  
บุคลากรที่มี Service Mind โดยชื่อ Reception PCWN  
: [ นางฟ้า, ทูตสวรรค์ ] พร้อมสอนเทคนิคการให้  
Syringe driver แบบตัวต่อตัว,พัฒนาศักยภาพของ  
อสม.,CG เกี่ยวกับ การประเมินอาการปวดและการ  
ดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายที่บ้านตามสมรรถนะของ  
ผู้ดูแลในชุมชน,จัดทำ Link การประเมินการใช้  
มอร์ฟินและPPS score โดย อสม,CG เพื่อส่งต่อ  
ข้อมูล **ขั้นตอนที่ 3 Observe** ติดตาม สังเกต จาก  
การปฏิบัติงานจริง ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็ง  
ในหน่วยงาน และขณะเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.และ  
CG ในชุมชน **ขั้นตอนที่ 4 Reflect** ทำการประเมินผล

การดำเนินงาน 5 ด้าน ดังนี้ (1)การประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังให้ยา บรรเทาอาการปวดด้วยมอร์ฟีน และติดตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาราชการ ค้นหา และอุปสรรคในการจัดการอาการปวด (2) ประเมินทักษะ การให้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายด้วย Syringe driver ของ Re caption PCWN ในงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและงานผู้ป่วยใน (3) ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเยี่ยมอุปกรณ์ในกรณีวันหยุด (4) ประเมินความรู้ความเข้าใจ ของ อสม., CG เกี่ยวกับการใช้มาตรวัดความปวดฉบับพกพา (5) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการจัดการอาการปวดสำหรับผู้ป่วยในชุมชน

**เครื่องมือในการวิจัย** เครื่องมือที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการพัฒนาประกอบด้วย 5 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย การวินิจฉัย อายุ เพศ และแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มประกอบด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับอาการรบกวนต่างๆและการเข้าถึงยากกลุ่ม Opioids ของผู้ป่วย 3) แบบเก็บข้อมูลโดยการสังเกต เก็บโดยผู้วิจัยขณะสังเกตการณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมบุคลากรเจ้าหน้าที่ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ชั้นแรกจนถึงชั้นสุดท้าย 4) แบบบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกแต่ละกิจกรรมร่วมกับการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป 5) แบบสรุปบทเรียนใช้ในการถอดบทเรียนจากกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความปวดและการจัดการความปวด ประกอบด้วย สาเหตุของ

ความปวด ประเภทของความปวดและการจัดการความปวด 2) แบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย 2.1 แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข( Numerical Rating Scale : NRS)ประกอบด้วย คะแนนความปวด(pain score) แรกรับและความปวดภายหลังได้รับการดูแล 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 7 วัน โดยบันทึกความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 คะแนนหมายถึง ไม่ปวดเลย และ 1-9 หมายถึง ปวดที่เพิ่มขึ้นไปจนถึง 10 คะแนน คือ ปวดมากที่สุด แล้วแบ่งระดับความปวด เป็น 3 ระดับ คือ ปวดระดับน้อย (Mild pain :1-3คะแนน) ปวดในระดับปานกลาง( moderate pain : 4-6 คะแนน) และปวดรุนแรง ( severe pain : 7-10 คะแนน) (16) 2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 4 ระดับ คือ พอใช้ ปานกลาง ดี และดีที่สุดใน ซึ่งมีการประเมิน 8 รายข้อ ประกอบด้วย (1)การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด (2)การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ (3)การประเมินและสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาอาการปวด(4)การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและบอกระดับความปวด (5)การให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวด (6)การมีส่วนร่วมเลือกวิธีการบรรเทาความปวดกับแพทย์และพยาบาล (7) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาโดยแพทย์ / พยาบาล/เภสัชกร (8) ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด การแปลผลคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวด ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 3-4 ระดับดี 2-2.9 ระดับปานกลาง 1-1.9 ระดับน้อย 0-0.9 <sup>17</sup> 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อระบบ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ ( 1-5 คะแนน) 4) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการจัดการ

อาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation Data) และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

### จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เครือข่ายบริการสุขภาพยางสีสุราช เลขที่ 11/65 ลงวันที่ 9 กันยายน 2565

### ผลการวิจัย

**1. ด้านสถานการณ์ รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม** พบว่า 1.1) ด้านเจ้าหน้าที่: พบว่าทีมสุขภาพในโรงพยาบาลนำแนวทางการให้ยาบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่ครอบคลุม และการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลจากPCWN ในหน่วยบริการไปยังPCN ไม่สม่ำเสมอ 1.2) ด้านยาและอุปกรณ์ : พบว่าข้อมูลการจัดการอาการปวดด้วยOpioid ในHDC ของจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ และSyringe Driver ทั้ง อำเภอยางสีสุราช มี 2 เครื่อง 1.3) ด้านผู้ป่วยและญาติ: พบว่าญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดและเมื่อประสบกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา 1.4) ด้านระบบให้คำปรึกษา : พบว่า เดิมมีระบบให้คำปรึกษาทางไลน์กลุ่ม ดูแลผู้ป่วยประคับประคองทั้งอำเภอโดยใช้ชื่อทีมปันบุญ ประกอบด้วย แพทย์ PC เกสัชกรPC พยาบาลPC กายภาพ แผนไทย โภชนากร และพยาบาลประจำพ.สต. 10 คน และขอคำปรึกษาตลอด 24 ชม. นักวิชาการที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ยังขาดความมั่นใจในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้ายที่บ้านและผู้รับผิดชอบไม่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอด 1.5) ด้านการมีส่วนร่วมของอปท.ในพื้นที่ในรายที่มีความจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากชุมชน ยังได้รับความร่วมมือน้อย และเครือข่ายดูแลในพื้นที่เช่น อสม.และCG ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

**2. ด้านรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม** ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย P-A-I-N Model ตามรายละเอียด ดังนี้

**Pain & Performance :** มี การ ค้น หา Reception PCWN ทุกหน่วยงานโดยเน้นบุคลากรที่มี Service mind มีระบบ Coaching โดย PCN และเพิ่มสมรรถนะ PCWN ,พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อสม., CG เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายที่บ้านและการประเมินและจัดการอาการปวด พร้อมกับ การใช้Link ประเมินการใช้ มอร์ฟิน และ PPS score โดย อสม.และCGการประเมินอาการปวดและความสามารถในการช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีการกำหนดบทบาท Reception PCWN ในการกำกับติดตาม แนวทางประเมินความปวดที่ชัดเจน ในหน่วยงานตนเองเพื่อจัดการปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์ระดับความปวด และในชุมชนมีการติดตามผ่าน VDO call เพื่อประเมินสภาพของคนไข้เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

**Assurance of guideline :** จัดทำคู่มือการจัดการความปวด แนวปฏิบัติการพยาบาลและ Standing Order ในการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็ง (เห็นง่าย ใช้คล่อง) รวมทั้ง นวัตกรรม กล่องปันบุญที่บรรจุยาและอุปกรณ์ การบันทึกการให้ยาเพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร นวัตกรรมมาตรวัดความปวดฉบับพกพา สำหรับ อสม.,CG ในชุมชน เพื่อประเมินเบื้องต้นและส่งต่อข้อมูลเพื่อการ

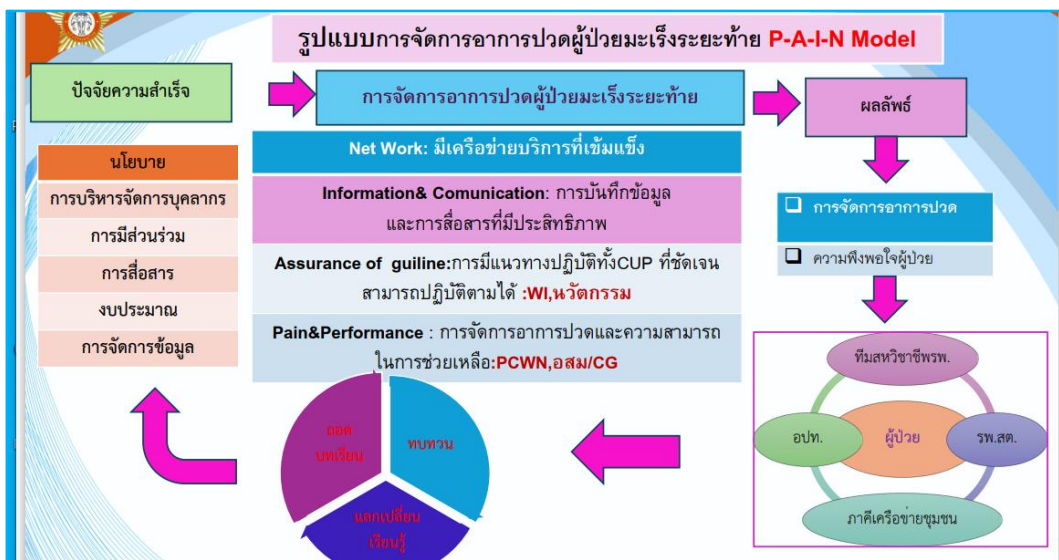
ดูแล กำหนดแนวทางในการเยี่ยมอุปกรณ์ เช่น ออกซิเจน Suction จัดทำสื่อการสอน คลิปการผสมยาบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยระยะใกล้ตายและเทคนิคการใช้ Syringe Driver พร้อมกับบันทึกในไลน์กลุ่มเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นช่องทางการเรียนรู้ร่วมกัน

Information & Communication: การบันทึกข้อมูล Pain score การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา Link ในการประเมินอาการปวด มี PCWN ระหว่างหน่วยงานและผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและคลิปสั้นการให้ยา PCWN ในจุดบริการต่างๆสรรหาบุคลากรที่มี Service Mind โดยชื่อ Reception PCWN : [ นางฟ้า, ทูตสวรรค์ ] พร้อมสอนเทคนิคการใช้ Syringe driver แบบ ตัวต่อตัว เพื่อเพิ่มความมั่นใจ พร้อมกับมอบหน้าที่ให้กำกับติดตาม การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง

ทีมให้บริการในหน่วยงานตนเอง ปัญหาในแต่ละราย ร่วมถอดบทเรียน / แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน และตามรอยรูปแบบการจัดการอาการปวดของบุคลากรในโรงพยาบาลจากทุกหน่วยงานเช่น ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน และ รพ.สต. ทุกแห่ง

Net Work : เครือข่ายเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้ดูแลในชุมชน(CG) ให้มีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยภายใต้โครงการ 7DAY 7 DEATH พร้อมทั้งร่วมถอดบทเรียน / แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน และตามรอยรูปแบบการจัดการอาการปวดของบุคลากรในโรงพยาบาลจากทุกหน่วยงานเช่น ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน และ รพ.สต. ทุกแห่ง

ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพ



ภาพที่1 แสดง รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย P-A-I-N Model

3. ประเมินผลรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ระดับคะแนนความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากระดับรุนแรง การจัดการความ

ปวด PS = 0-3 ( 3 ราย ) 15 % , PS = 4-6 ( 5 ราย ) 25 % ,PS=7-10 ( 12 ราย ) 60% ซึ่งจะเห็นได้ว่า หลังได้รับการจัดการความปวด 48 ชม.ลดลงร้อยละ 50 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการ

จัดการความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.57,S.D 0.54)

3) ด้านภาคีเครือข่ายบริการในชุมชนมีความ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นจาก ก่อนและหลัง ร้อยละ 60 เป็น 80 ตามลำดับ ความ พึงพอใจในในการประเมินอาการปวดด้วยมาตรวัด ฉบับพกพา 70% แต่ยังคงปรับปรุง ความพึงพอใจ ในการใช้ Link ประเมิน PPS score อสม.และCG คิดเป็นร้อยละ 76.32 (อสม.CG บางพื้นที่สูงอายุ,บาง พื้นที่ไม่มีอินเทอร์เน็ต)

### สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการอาการปวด ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภออย่างสีสุราช จังหวัด มหาสารคาม พบว่า รูปแบบการจัดการอาการปวด ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภออย่างสีสุราช คือ P-A-I-N Model ประกอบด้วย 1) Pain & Performance : การประเมินอาการปวดและความสามารถในการ ช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในครอบครัว มีการ กำหนด กำกับติดตาม แนวทางประเมินความปวดที่ ชัดเจน 2) Assurance of guideline : มีแนวทางปฏิบัติ คู่มือการจัดการความปวด 3) Information & Communication: การบันทึกข้อมูล Pain score การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา Link ในการ ประเมินอาการปวด มี PCWN ระหว่างหน่วยงาน และผู้ดูแลที่บ้านเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและคลิปล้นการ ให้ยา 4) Net Work : เครือข่ายเข้มแข็งโดยการมี ส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลในชุมชน พบว่า ระดับคะแนนความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจาก ระดับรุนแรง หลังได้รับการจัดการ 48 ชม.พบว่า ลดลงร้อยละ50 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึง พอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.57,S.D 0.54) เครือข่ายบริการในชุมชนมี ความพึงพอใจในในการประเมินโดยใช้ Link ประเมิน

PPS score อสม.และCG มีทักษะและความมั่นใจ เกี่ยวกับการดูแลอาการปวดเพิ่มขึ้น จากการ ดำเนินงานดังกล่าวนี้พบว่าประสบความสำเร็จและ ผลลัพธ์ที่ดีในการนำมาใช้ ในการพัฒนางานประจำที่ ประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน สู่ งานวิจัย ทำให้การทำงานมีความท้าทายและความ ร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย สุขภาพในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากทีม ผู้บริหาร การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวด ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ กลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพชีวิต และตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา ของ มนต์รัตน์ ฎกองชัย<sup>10</sup> ที่ได้ศึกษา เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการ ดูแลแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด กาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีความรู้ เกี่ยวกับระดับความปวด วิธีการบรรเทาปวดทั้งแบบ ใช้ยาและไม่ใช้ยา สามารถดูแลตนเองได้อย่าง เหมาะสม ลดการกลับมารักษาซ้ำจาก ภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับการ พยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับ มาก บุคลากรมีความพึงพอใจ หน่วยงานมีแนว ทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน น่าเชื่อถือ ทำให้มี ผลงาน คุณภาพและหลักฐานการประกันคุณภาพ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความ ทุกข์ทรมานจากความปวด ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม ในการพัฒนาแนวปฏิบัติผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการ บรรเทาความปวดอย่างเป็นระบบ คะแนนความปวด ลดลง ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ จาก7.32 เป็น 2.20 ความรุนแรงของระดับความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหลังใช้แนวปฏิบัติ ระดับสูงมากผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อ การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

และการศึกษา สารสิน กิตติโพนานนท์,รัตนารณณ์ ประชากุล<sup>11</sup> ที่ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รวมถึงทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ.จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และพยาบาล Manager ประเมินผล พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ปี 2562-2564 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 9.38,90.35,95.20 ได้รับการบรรเทาปวดด้วย MO ร้อยละ 91.22,100,100 มีความปวดลดลง ร้อยละ 75.47, 82.56, 80.20 มีอาการเหนื่อยล้าลดลงร้อยละ 68.75,78.57, 83.33 มีอาการหายใจลำบากภาวะหายใจลำบากลดลงร้อยละ 76.36, 80.26, 82.10และผลลัพธ์ตามเกณฑ์การพยาบาลพบว่า

ผู้ป่วย PPS<sub>≤</sub>60 เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ 94.56, 98.80 ,100 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100, 100, 100

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำคู่มือและแนวทางในการจัดการอาการปวดตั้งแต่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย พยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ อสม., CG ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การฟื้นฟูองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลประคับประคองควรมี อย่างสม่ำเสมอ การกำกับติดตาม การปฏิบัติงานของ Reception PCWN โดย PCN เป็นพี่เลี้ยงและเปิดโอกาสให้มีการวางแผนในการแก้ไขปัญหาในทีม พร้อมกับการเสริมกำลังใจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดูแลคุณภาพชีวิต และการสะท้อนผลของเครือข่ายชุมชนในขณะติดตามเยี่ยมบ้านทำให้มีการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมในแต่ละราย สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงข้อมูลส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2565 กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ[อินเทอร์เน็ต].2565[เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค.10]เข้าถึงได้จาก:  
[https://www.nci.go.th/e\\_book/hosbased\\_2565/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2565/index.html)
2. พุทธพร แก้วมีศรี, ลัดดาวัลย์ เส็งกันไทร. การแพร่กระจายของมะเร็ง และเป้าหมายสำหรับการรักษา ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562; 34(2): 211-226
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ; 2558.
4. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) พิมพ์ครั้งที่ 1 : บริษัท สร้างสื่อจำกัด. นนทบุรี ; 2558.
5. ปรีพันธ์ พิษยพานิชย์. ขวลิต ขยางกู. ปวดจากมะเร็ง สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคคลที่สนใจ.วารสารแพทย์โรงพยาบาลสีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.2564;36(2):475-84.

6. ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. Pain&pain management in special population. ใน: ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550. หน้า 16-25.
7. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์; 2547. หน้า 35-40.
8. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563; 21 (1): 26-34.
9. Kemmis, S & McTaggart. R. The Action Research Planer (3 rd ed.) Victoria: Deakin University; 1988.
10. มนต์รัตน์ ภูทองชัย. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563. 5 (4): 128-135.
11. สารสิน กิตติโพนานนท์, รัตนารณณ์ ประชากุล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565. 7 (4): 64-74.