

การพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง Development of a Palliative Care Model for End Stage Cancer Patient at Khok Samrong Hospital.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

จิระมารท กระเป้าทอง¹
Chiramart Krapaothong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (2) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง และ (3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลดังกล่าว การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยการจัดทำร่าง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC=0.82) ทดลองใช้และปรับปรุงให้สมบูรณ์ และระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 32 คน และผู้ดูแล 32 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale: POS) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) (2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวมตามแนวคิด “LIFESS” และ (3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต หลังการใช้รูปแบบ พบว่าค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงและได้รับการดูแลที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.08, SD = 0.108) และความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.48, SD = 0.239)

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

The objectives of this research were (1) to study the current situation of palliative care for End Stage Cancer Patient, (2) to develop a palliative care model for End Stage Cancer Patient at Khok Samrong Hospital, and (3) to examine the effectiveness of the developed model. The study employed action research consisting of three phases. Phase 1 involved situational analysis through focus group discussions with healthcare providers and in-depth interviews with caregivers. Phase 2 focused on developing the model, drafting and validating its content (IOC = 0.82), and pilot testing before final revision. Phase 3 evaluated the effectiveness of the model among 32 terminal cancer patients and 32 caregivers. Research instruments included the Palliative Care Outcome Scale (POS), a caregiver satisfaction questionnaire, and a healthcare team satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The developed palliative care model comprised three key components: (1) advance care planning, (2) holistic palliative care based on the “LIFESS” concept, and (3) end-of-life care management. The findings revealed that the POS scores significantly decreased after implementation ($p < 0.05$), indicating reduced suffering and improved patient outcomes. Caregivers’ satisfaction was at a high level (Mean = 4.08, SD = 0.108), and healthcare providers’ satisfaction was also high (Mean = 4.48, SD = 0.239).

Keywords: Palliative care, End Stage Cancer Patient, Model development.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลรายงานขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ สังกัดองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับแรกและสถิติโรคมะเร็งในเขตภาคกลาง ปี พ.ศ.2556-2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เฉลี่ย 14,044 รายต่อปี และมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตเฉลี่ย 7,187 รายต่อปี² (สภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งของประเทศไทยเกือบร้อยละ 80 เป็นผู้ที่โรคมะเร็งลุกลามไปมาก³ ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกมักจะไม่ค่อยแสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะหลังที่ปรากฏอาการชัดเจนแล้ว เซลล์มะเร็งก็ได้ลุกลามและแพร่กระจายไปมาก หรือภายหลังการได้รับการรักษาที่เฉพาะไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักมีการตอบสนองไม่ดีต่อการรักษาหรือการรักษาไม่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้เท่าที่ควร ระยะลุกลามของโรคมะเร็งไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อาการของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอวัยวะที่โรคลุกลามไปถึง ก่อให้เกิดผลทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ร่างกายทุกระบบซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต อาการต่างๆ ที่รุนแรงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก กลืนอาหารลำบาก ท้องผูก หรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบย่อยอาหารผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นมะเร็งยังประสบกับความทุกข์ด้านจิตสังคมและความเครียดด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้น เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ การที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมทั้งการเผชิญกับความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาของคัตเนอร์ และคณะ⁴ พบว่า สิ่งที่เป็นมะเร็งกังวลมากที่สุดในการ

ใกล้ตาย มีดังนี้ 1) ความปวด ความทุกข์ทรมาน หรือกระบวนการตายที่ยาวนาน 2) ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยและการตายต่อครอบครัว 3) ภารกิจที่ยังไม่ได้รับการจัดการก่อนการตาย 4) กระบวนการหรือเหตุการณ์ของการตาย หากผู้ที่เป็นมะเร็งไม่สามารถเผชิญและยอมรับกับความตาย วาระสุดท้ายของบุคคลเหล่านี้จะเป็นวาระแห่งความเศร้าโศก ทุกข์ทรมานทั้งแก่ตัวผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัว จะเห็นได้ว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัวควรได้รับการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ การดูแลแบบนี้เรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความว่า “เป็นการดูแลเพื่อบรรเทามากกว่าการรักษาอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยใช้การตรวจพบแต่เนิ่น ๆ การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว” (WHO, 2002) ซึ่งผลการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน⁵ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคมะเร็ง ด้วยการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ขึ้น โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2561–2565 เพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงการบริการที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งประเทศ⁶

โรงพยาบาลโคกสำโรง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีภารกิจด้านการดูแลระดับประคับประคองเชื่อมต่อจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองอย่างมีมาตรฐาน ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้จัดทำคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับการรักษาระหว่าง พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 98, 124 และ 132 คน ตามลำดับ⁷ มะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ จากระยะเวลาของการนอนป่วยที่โรงพยาบาลมีจำนวนวันนอนที่สูงขึ้นตามจำนวนของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลจึงดำเนินการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ข้อมูลเบื้องต้นจากผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการการดูแลแบบประคับประคอง เพียงร้อยละ 34.7 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านในวาระสุดท้ายได้ พยาบาลในหอผู้ป่วยไม่มั่นใจในการให้การดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่มีระบบการประสานงานกับเครือข่ายที่ดีที่เป็นระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน (home ward) ตามนโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน

จากสภาพปัญหาในการบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หากบุคลากรทีมสุขภาพมีการจัดการการดูแลที่เป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และครอบครัวได้อย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การมีรูปแบบในการจัดการ

ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แบบประคับประคองมีความสำคัญต่อการสื่อความหมายทั้งระบบโครงสร้างการทำงาน ทำให้มองเห็นภาพรวมของระบบใหญ่ ก่อให้เกิดความเข้าใจกระบวนการในการปฏิบัติ ใช้กำกับกระบวนการ ตรวจสอบงาน อีกทั้งสามารถควบคุมติดตามได้อย่างต่อเนื่องและมีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนา และที่สำคัญทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม และมีความเหมาะสมกับบริบทในด้านวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพและระดับของการบริการสุขภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง โดยพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลโคกสำโรง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลโคกสำโรง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

(Focus group) ทีมผู้ให้บริการ 2) สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน โภชนากร 1 คน เภสัชกร 1 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 5 คน ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการศึกษาตำรา การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ 3) ด้านผลลัพธ์ 4) ข้อเสนอแนะ

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ความต้องการความช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า 2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม 3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ตรวจสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC=0.82

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบรูปแบบ โดย 1) นำรูปแบบการดูแลใน 3 ประเด็น ทำความเข้าใจกับทีมผู้ให้บริการโดย ฝึกอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะกับ

พยาบาล คณะผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนามในระหว่างการฝึกอบรม 2) นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ในหอผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดย คณะผู้วิจัยสังเกตและบันทึกผลการทดลองได้รูปแบบ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า 2) รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบองค์รวม 3) รูปแบบการวางแผนจำหน่าย (home ward) และปรับปรุงรูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 32 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ มีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 32 คน ที่เป็นญาติ หรือเป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า 2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม 3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อ 1 - 10 เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับค่าคะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4 (0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกรับการช่วยเหลือ) **การแปลผล** ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 40 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ อย่างมากมาย

ท่วมท้น/ไม่รู้สึกรู้สากับตนเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ ไม่ได้รับข้อมูล/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 0 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีอาการรบกวนใดๆ/ได้รับข้อมูลเต็มที่/ได้รับการช่วยเหลือเต็มที่/ ไม่เสียเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลจำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด เก็บข้อมูลครั้งเดียว คือ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน **การแปลผล** คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมากที่สุด **ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.87 ค่าความเที่ยง (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค) เท่ากับ 0.81

4. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเตล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 หมายถึง ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 หมายถึง 3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 -2.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด **ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยง (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค) เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สำหรับผู้ป่วย) โดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เมื่อแรกรับและครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการจำหน่าย ใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ให้บริการสุขภาพ 25 คน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน โภชนากร 1 คน เภสัชกร 1 คน โดยมีพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 80 เป็นผู้หญิงทั้งหมด อายุ 25-50 ปี อายุเฉลี่ย 39.84 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะเวลาเฉลี่ย 3.2 ปี 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 32 คน เพศหญิง 22 คน ร้อยละ 68.75 อายุเฉลี่ย 59.82 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ 59.38 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.50 มะเร็งที่พบ ได้แก่ มะเร็งเต้านมร้อยละ 28.12 มะเร็งปอดร้อยละ 25 มะเร็งลำไส้ร้อยละ 15.62 ทั้งหมดทราบการวินิจฉัยและระยะของโรค 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 32 คน เป็นเพศหญิง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 อายุเฉลี่ย 41.27 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.50 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.25 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 75

2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า โดยพยาบาล Palliative care ward nurses (PCWN) ประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ อันดับแรก เตรียมในการแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรครอย่างชัดเจนจากนั้นดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ (1) ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรค ระยะของโรค (2) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการบอกเป้าหมาย ให้ทางเลือก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ (3) วางแผนร่วมกับครอบครัว จากนั้นมีการเซ็นยินยอมเข้าระบบบริการ (inform consent) และกำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เลือกรับดูแลโดยตนเอง โดยมีการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนว่า คนไข้อยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้วหรือยัง เพื่อตัดสินใจงดการรักษา ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือยื้อชีวิต การงดใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ การงดช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณตามแนวคิด “LIFESS” ประกอบด้วย (1) กำหนดพินัยกรรมชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกต

อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (5) จัดการความไม่สุขสบาย อาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) ประเมินผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พยาบาล PCWN วางแผนการจำหน่าย ส่งต่อผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ (1) การจัดการอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก จัดกิจกรรมการพยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวันตามการประเมิน ESAS (2) การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตามวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วาระแรก (3) การดำเนินการตามขั้นตอนการอำนวยความสะดวกให้กับญาติ

3. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแลแรกรับ และ หลังได้รับการดูแลหลังจำหน่าย พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และ รายข้อลดลง แสดงว่าผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ปัญหาและความต้องการ	แรกรับ Mean±SD	หลังจำหน่าย Mean±SD	t	p-value
1. อาการปวด	3.04 ± 0.89	2.73 ± 0.63	-3.219	0.001*
2. อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย	3.19 ± 0.81	3.02 ± 0.74	-4.207	0.042*
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.87 ± 0.54	1.04 ± 0.43	-3.118	0.000*
4. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.41 ± 0.48	1.63 ± 0.41	-4.233	0.010*
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	2.19 ± 0.72	1.24 ± 0.41	-3.856	0.003*
6. การได้รับการระบายความรู้สึก/ได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจ	2.35 ± 0.39	1.08 ± 0.34	-3.668	0.000*
7. ความรู้สึกซึมเศร้า	2.27 ± 0.41	1.13 ± 0.47	-4.220	0.001*
8. ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า	2.18 ± 0.35	1.98 ± 0.39	-4.397	0.028*
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	3.34 ± 0.28	1.34 ± 0.19	-4.302	0.000*
10. การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหา อื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย	3.71 ± 0.37	1.53 ± 0.34	-3.879	0.000*
โดยรวม	2.98 ± 0.29	1.67 ± 0.47	-3.001	0.000*

$P < 0.05$

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ค่าเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08, SD=0.108) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Mean=4.28, SD=0.731) การได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นระยะๆ พร้อมแผนการรักษาพยาบาล (Mean=3.78, SD=0.591) และ เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ท่านและครอบครัว ได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อนเสียชีวิต (Mean=3.69, SD=0.824)

5. ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.48, SD=0.239) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ รูปแบบการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง (Mean=3.98, SD=0.702) รูปแบบการพยาบาล สามารถเรียนรู้ และปฏิบัติตามได้ (Mean=3.78, SD=0.207) และ เนื้อหารายละเอียด ครอบคลุม (Mean=3.59, SD=0.361)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ

1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ทำความเข้าใจหรือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทาง การแพทย์และญาติผู้ดูแล สำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่ สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะ ที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพของ ตนเองได้ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า สามารถใช้ได้กับทุกขั้นตอนของชีวิต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลด ความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยและ

ครอบครัว ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพยาบาล Palliative care ward nurses (PCWN) ซึ่งผ่านการอบรมจะมี ความมั่นใจและเป็นผู้ประเมินและเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยและญาติอันดับแรก เตรียมในการแจ้ง ผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรค อย่างชัดเจนจากนั้นดำเนินการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค ระยะของโรค การแสดงเจตนาว่าจะรับ หรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการบอกเป้าหมาย ให้ทางเลือก เคารพการ ตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ วางแผนร่วมกับ ครอบครัว จากนั้นมีการเซ็นยินยอมเข้าระบบบริการ (inform consent) และ กำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษา ของ ฤกษ์นาพร ทิพย์กาญจนธรรมา และคณะ⁸

2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม เป็น การดูแลตามแนวคิด “LIFESS” ประกอบด้วย (1) กำหนดพินัยกรรมชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกต อาการ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (5) จัดการความไม่สบาย อาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) ประเมินผลกระทบด้านสังคมและ เศรษฐกิจ โดยมีผู้ประสานงานการดูแลแบบองค์รวม ทั้งหมดซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ และ พยาบาล Palliative care ward nurses (PCWN) ดังนั้นควรสนับสนุนให้พยาบาลผู้รับผิดชอบได้รับการ ฝึกอบรมให้สามารถทำบทบาทนี้ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จาบประไพ และ คณะ⁹

3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต หลังจากการได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตนั้นเป็น เรื่องที่น่าเศร้าใจอย่างยิ่ง สามารถกระตุ้นอารมณ์ ต่างๆ มากมายและบางที่อาจนำไปสู่คำถามมากมาย ในภายหลังของผู้ดูแลและญาติ ซึ่งรูปแบบใน องค์ประกอบนี้ มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งด้าน

ร่างกาย และจิตใจ ตั้งแต่การจัดการอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก จัดกิจกรรมการพยาบาลตามอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวันตามการประเมิน ESAS การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตาม วัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่ เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วินาทีแรก การดำเนินการตามขั้นตอนการอำนวยความสะดวกให้กับญาติ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ท่านและครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อนเสียชีวิต

4) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่างๆ ได้ ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลเยียวยาจิตใจดูแล ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ บรรเทาความวิตกกังวล และได้รับการสนับสนุนความรู้ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทีมผู้ให้บริการ จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคลดลงในขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษา ไม่หาย แสดงให้เห็นว่า การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมี

คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย¹⁰

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองนี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ เพื่อให้รูปแบบการดูแลนี้ยั่งยืน ควรพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพให้ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน (palliative care nurse) หรือ พยาบาล PCWN เพื่อเป็นพยาบาลผู้ประสานงานการให้บริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งต่อไปควรต่อยอดไปถึงการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลด้วย และอาจจะปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อื่นๆ ได้อีก เช่น เพิ่มช่องทางหรือระบบรับคำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีเชื่อมโยงการดูแลระหว่างทีมเครือข่ายปฐมภูมิ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักตลอดจนโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เคยดูแลผู้ป่วยอยู่ เพื่อการปรับเปลี่ยนการรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแล้วต้องการเปลี่ยนแผนการรักษา จะได้จัดการปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างราบรื่นและรวดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Freddie, B., Jacques, F., Isabelle, S., Rebecca, L.S., Lindsey, A. T., & Ahmedin, J. GLOBOCAN Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. A Cancer Journal for Clinicians. 2018, 68(6), 394-424.
2. ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, บุรินทร์วงค์แก้ว, ศรินยาแสงคา , มนธิรัตน์ ทรัพย์ประดิษฐ์,และ รวิศรา มีมาก. แนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราการตายโรคมะเร็งในภาคเหนือตอนบนของ ประเทศไทยปีพ.ศ. 2560-2563: ผลของการพัฒนาเครือข่ายทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. สำนักพิมพ์งานดี, 2563
3. กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561–2565. กระทรวงสาธารณสุข, 2562
4. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. Asia Pac J Oncol Nurs 2018, 5(1), 4-8.
5. World Health Organization. (2018). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. กระทรวงสาธารณสุข, 2563.
7. โรงพยาบาลโคกสำโรง. สถิติโรคมะเร็ง. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2567.
8. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา, สาลี สาสกุล, นิภาพร อภิสิทธิ์วิสา, มณีนันท์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. 2560, 33(3), 138-145.

9. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564, 30(6), 1101-1111.
10. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอฟráว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563, 16(2), 104-117.