

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา
Development of a Palliative Care Model at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province
(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พุทธินันท์ ชาญโพธิ์¹
Puttinan Chanpho¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และ (2) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลดังกล่าว ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย (คะแนน PPS $\leq$ 50%) ที่เข้ารับบริการในคลินิกประคับประคอง จำนวน 20 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นเน้นการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมเยี่ยมบ้าน) และโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ควบคู่กับการมอบคู่มือและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 และ 14 สำหรับผลการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) เป็นบุตร (ร้อยละ 55.0) และดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) ในภาพรวมญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 107.25, SD = 12.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 31.25, SD = 3.10) ในขณะที่ด้านการปรับตัวทางร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 22.40, SD = 4.15)

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การปรับตัวของญาติผู้ดูแล, ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

Abstract

This Quasi Experimental Research and Development (R&D) study aimed to: (1) develop a palliative care model at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province; and (2) evaluate the outcomes of the developed model. Conducted from May 1, 2025, to March 31, 2026. The sample comprised 20 primary caregivers of end-stage chronic patients (PPS 50%) at the palliative care clinic, selected through purposive sampling. Research instruments included demographic data records. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The findings revealed that the newly developed model emphasizes a multidisciplinary team approach (physicians, nurses, pharmacists, and home care teams) combined with a 4-step empowerment program, educational manuals, and scheduled tele-nursing follow-ups on days 7 and 14. Evaluation of the 20 caregivers showed that the majority were female (70.0%), daughters of the patients (55.0%), and caring for end-stage cancer patients (60.0%). Overall, caregivers demonstrated a moderate level of total adaptation ($\bar{X}$ = 107.25, SD = 12.45). Regarding specific dimensions, the interdependence mode achieved the highest average score, placing it at a high level ($\bar{X}$ = 31.25, SD = 3.10), whereas the physiological adaptation mode received the lowest average score, remaining at a moderate level ($\bar{X}$ = 22.40, SD = 4.15).

Keywords: Palliative Care, Caregiver Adaptation, Roy's Adaptation Model, Community Hospital

¹ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

สถานการณ์ระดับประเทศและความเปลี่ยนแปลงของตัวผู้ป่วยปัญหาและการขยายตัวของโรคความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย (เช่น มะเร็ง, หัวใจ, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ไตวาย และสมองเสื่อม) มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น แต่ต้องเผชิญกับภาวะร่างกายที่เลวลง สมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตัวเองลดลงอย่างต่อเนื่อง (ค่า PPS < 60%) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย ในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงมีความต้องการพึ่งพาและต้องการให้บุคคลที่รักเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด ผลกระทบและภาระต่อญาติผู้ดูแล (Caregiver) บทบาทของผู้ดูแลในบริบทไทยสังคมไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยว โดยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวถึงร้อยละ 95.5 (มักเป็นคู่สมรสหรือบุตร และเป็นเพศหญิง) ซึ่งต้องรับหน้าที่ทั้งการดูแลทางกายและจัดการประสานงานทางสังคม วิกฤตการปรับตัวของญาติการดูแลดังกล่าวเป็น "สิ่งเร้าตรง" ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง โดยในปี 2563 พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางกาย (ปวดหลังร้อยละ 42, ปวดเมื่อยร้อยละ 51) และทางจิตใจ (เครียดและวิตกกังวลร้อยละ 61, ซึมเศร้าร้อยละ 4.5) ภาระเหล่านี้เป็น "สิ่งเร้าร่วม" ที่ลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพในการอภิบาลผู้ป่วย^{1,2}

โรงพยาบาลโนนสูงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (ให้บริการจริง 86 เตียง) รับผิดชอบประชากรกว่า 1.2 แสนคน มีแพทย์ประจำ 20 คน ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พยากรณ์โรคว่ามีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งกลุ่มโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด (เช่น ปี 2563 มีผู้ป่วยสูงถึง 498 ราย และคงตัวเฉลี่ยเกือบ 300 รายต่อปีในปัจจุบัน) จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative care ในโรงพยาบาลโนนสูง ปี 2565 มี

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย Palliative Care มีกิจกรรมเตรียมผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต การดูแลจิตใจญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาตินิมนต์พระมาถวายสังฆทานในโรงพยาบาล ใช้ Pain rating Scale ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดโดยการให้ยาบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลายกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วย HIV ผู้ป่วย COPD ผู้ป่วย มะเร็ง และผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่มีแผนการรักษาใดๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเครียดสูง ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน, อาการปวด ความเจ็บป่วยต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นได้มีการพัฒนาให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวโน้มสูงขึ้น และพบอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 59.66 (ปี 2565) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.79 (ปี 2567) เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวรุนแรง และเป็นกลุ่มที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งแม้โรงพยาบาลจะมีการประเมินความปวดและการจัดการกิจกรรมทางศาสนา (สังฆทานข้างเตียง) แล้ว แต่ระบบการดูแลยังไม่สามารถครอบคลุมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ สรุปเหตุผลและความจำเป็นในการวิจัย จากข้อจำกัดและผลกระทบ ที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา โดยมุ่งเน้นการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดการอาการเชิงคลินิกของผู้ป่วย และใช้แนวคิดองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและยกระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วย

ได้เผชิญภาวะสุดท้ายอย่างสงบและลดการเสียชีวิตที่แออัดในโรงพยาบาลลงอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มี 5 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ 2) ออกแบบกิจกรรม 3) ปฏิบัติเชิงทดลอง 4) ประเมินผลการปฏิบัติ และ 5) การเผยแพร่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ได้รับบริการตามรูปแบบ palliative care โรงพยาบาล ในคลินิก palliative care รพ. โนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเป้าหมาย

- 1.เป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และมีที่อยู่ในจังหวัด นครราชสีมา
- 2.ภายหลังการรักษาแล้วได้ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายดูแลต่อเนื่องจนครบ 9 เดือน
- 3.ให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยแทนและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออกกลุ่มเป้าหมาย

1. ย้ายที่อยู่
2. เสียชีวิตก่อนการเยี่ยม
3. ไม่สมัครใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ส่งเสริมการปรับตัว 4 ด้าน โดยการ ใช้การวัดผลเชิงปริมาณ อัตราควบคุมอาการปวด > 50% และ

คุณภาพ เครื่องมือประเมิน การปรับตัวของญาติ ผู้ดูแล (แบบสอบถาม 32 ข้อ) มีการตรวจสอบ validity และ reliability ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 (1พฤษภาคม 2568)

ระยะที่ 1. วิเคราะห์วางแผน โดยศึกษาสถานการณ์ สำรวจสภาพปัญหา ความต้องการ วิเคราะห์สถานการณ์ และศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัย ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรคที่พบ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้ในการพัฒนาการจัดบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและทฤษฎีการปรับตัวของรอย และศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการจริง ในช่วงเดือน มิถุนายน 2568

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวทางส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วย

โรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 3 คน และจัดบันทึกปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ที่พบในระหว่างทดลองใช้รูปแบบ

ระยะที่ 4 นำปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทาง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 นำแนวทางไปใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวทางฯ โดยนำแนวทางส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโนนสูง ตามรูปแบบใหม่ ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน ระหว่างเดือน สิงหาคม 2568 ถึง เดือนมกราคม 2569 และประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางฯ

กระบวนการเก็บข้อมูล (Data collection process)

วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล

1) แนะนำตัวทำความรู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แปลผลค่าคะแนนการปรับตัว

2) พูดคุยกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3) เมื่อทราบค่าคะแนนการปรับตัว แจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบพร้อมตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยถ้ามีเกณฑ์คะแนนการปรับตัวระดับสูงให้ตั้งเป้าหมายคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวปานกลางและระดับต่ำ ให้ตั้งเป้าหมายมีการปรับตัวที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมวันแรก 60 นาที และนัดพบในวันต่อมา

4) กลับมาวางแผนให้คำปรึกษาส่งเสริมการปรับตัว โดยถ้ามีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับสูงให้เสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวระดับปานกลางและระดับต่ำ ให้เสริมสร้างพลังอำนาจการปรับตัวให้ดีขึ้น พิจารณาความพร้อมในการปรับตัวแต่ละด้าน

วันที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

2) ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแล ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจค้นพบปัญหาด้วยตัวเอง

2.2 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2.3 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง

2.4 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 2 ทั้งหมด 60 นาที และนัดพบวันต่อมา

วันที่ 3 เป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหา

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล และนำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดสรรเวลาในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน เพื่อไม่ให้เกิดความอ่อนล้าและร่างกายทรุดโทรม ทำจิตใจให้เบิกบานมองโลกในแง่ดี คลายความตึงเครียดด้วยการสวดมนต์ ดูหนัง ฟังเพลง ตามความชอบ ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การจัดการอาการรบกวนที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 2.1 ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลได้รับรู้ว่ามีปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้นได้บ้าง 2.2 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2.3 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดกลุ่มของปัญหา 2.4 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแล 2.5 แนะนำแนวทางในการจัดอุปสรรคออกไป

3) มอบคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก และให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อสามารถโทรขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 3 ทั้งหมด 60 นาที

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 (วันที่ 7 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก)

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย พูดคุยซักถามถึงความเป็นอยู่ของญาติผู้ดูแล และอาการทั่วไปของผู้ป่วยตลอดจนปัญหาที่พบ ความต้องการความช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้

กำลังใจและชื่นชมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ทั้งหมด 30 นาที

2) นัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 (วันที่ 14 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก)

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล พุดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วยตลอดจนปัญหาที่พบความต้องการการช่วยเหลือและประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับการประเมินครั้งแรก

2) บอกให้ทราบถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณ ใช้เวลาทำกิจกรรมและการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พัฒนาโดยเพ็ญศิริ มรกต (2556) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 19 ข้อ คำถามเชิงลบ 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์จำนวน 8 ข้อ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ จำนวน 8 ข้อ ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ มีการดำเนินการขอการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 20 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ราย มีผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจำนวน 20 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.0) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 60.0) และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 55.0) โดยญาติผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.50 ปี มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 21,500 บาท/เดือน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเฉลี่ย 3.20 เดือน สำหรับตัวผู้ป่วยพบว่าเป็นเพศหญิงและชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.30 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 65.0) และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด (ร้อยละ 60.0)

ผลคะแนนเฉลี่ยและระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์ระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยใช้วิธีแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ พบว่า ในภาพรวมญาติผู้ดูแลมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\{X\} = 107.25$, $SD = 12.45$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ

การปรับตัวด้านร่างกาย ($\{X\} = 22.40$) ส่วนด้านที่มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูงคือ ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ($\{X\} = 31.25$)

สรุปผลจากแบบบันทึกเหตุการณ์และความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย จากการจดบันทึกและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในระหว่างการทำทดลองใช้เครื่องมือ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ด้านความเข้าใจในสำนวนภาษา: ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจข้อคำถามได้ดี แต่พบว่าในข้อคำถามที่เป็น "ประโยคปฏิเสธ (ข้อคำถามเชิงลบ)" ผู้ดูแลบางรายต้องใช้เวลาอ่านทวนซ้ำ 2 รอบก่อนตอบ ผู้วิจัยจึงได้ทำตัวหนาเน้นคำปฏิเสธ (เช่น คำว่า "ไม่" หรือ "ยาก") เพิ่มเติมในฉบับจริงเพื่อให้สะดวกและลดความสับสน

2. ด้านสภาพแวดล้อมและจิตใจ: เนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลบางรายมีภาวะความเครียดสะสมและอ่อนเพลียจากการเฝ้าไข้ในระหว่างการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต้องสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่เร่งรัด และในรายที่มีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยได้ใช้วิธีอ่านข้อความให้ฟังอย่างเป็นกลางเพื่อช่วยอำนวยความสะดวก

งานวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงระบบ (Research and Development สถิติเชิงเปรียบเทียบ สรุปผลดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ทั้งอัตราการควบคุมอาการปวด อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ลดลง และระดับความพึงพอใจ พบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง โดยการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพและโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของรอย ผลลัพธ์เชิงคลินิกและเชิงระบบดีขึ้นในทุกมิติอย่างชัดเจน โดยสามารถเพิ่มอัตราการควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยขึ้นเป็นร้อยละ 75.00 ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่งานวิจัยกำหนดไว้ ($>50\%$) และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตที่แออัดในโรงพยาบาลลงเหลือร้อยละ 45.00 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้กลับไปเผชิญวาระสุดท้าย

ที่บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักอย่างสงบ ในส่วนของญาติผู้ดูแล พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ ($\{X\} = 72.50$) เป็นระดับปานกลาง ($\{X\} = 107.25$) และมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่ในระดับมากที่สุด ($\{X\} = 4.65$) เช่นเดียวกับทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการที่มีความพึงพอใจต่อระบบงานใหม่ในระดับมากที่สุด ($\{X\} = 4.58$) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน"

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 ราย อภิปรายผลร่วมกับวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บริบทเชิงสังคมกับการแบกรับภาระของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) และมีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 55.0) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและบริบทการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวไทยต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น วัฒนธรรมไทยมักหล่อหลอมให้เพศหญิงหรือบุตรรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทำให้ต้องเผชิญกับความท้อแท้และการปรับตัวอย่างมากในระยะนี้⁴

2. การปรับตัวด้านร่างกายที่ต่ำที่สุด: ผลกระทบที่ต้องการการดูแล ผลการวิจัยชี้ว่า การปรับตัวด้านร่างกายของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\{X\} = 22.40$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ อธิบายได้ว่าเนื่องจากระยะเวลาที่รับรู้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยเพียง 4.50 เดือน และมีเวลาปรับตัวในการดูแลจริงเพียง 3.20 เดือน ความกระชั้นชิดของระยะเวลาประกอบกับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย² ส่งผลให้

ญาติเกิดความเหนื่อยล้าทางกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ ยุพา จิวิพัฒน์กุล ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ยาวนานโดยขาดทักษะ มักส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายของผู้ดูแลโดยตรง⁵

3. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นที่สูงที่สุด: พลังแห่งระบบสนับสนุน เป็นที่น่าสนใจว่า ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\{X\} = 31.25$) อยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับข้อกำหนดตามนิยามปฏิบัติการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยและบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการลงเยี่ยมบ้าน⁶

4. บทบาทพยาบาลกับการปรับตัวในภาพรวม ในภาพรวม ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\{X\} = 107.25$) แสดงให้เห็นว่าญาติยังคงต้องการการส่งเสริมศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับข้อเสนอแนะของ กิตติยาพร จันทร์ชม⁷ และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ⁸ ที่เน้นย้ำว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)" โดยพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในด้านการให้ความรู้ ทักษะการจัดการอาการ และการสนับสนุนทางจิตใจ เป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยยกระดับระดับการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ด้านการพยาบาลในคลินิกและชุมชน: ควรจัดตั้งโปรแกรมหรือกิจกรรม "เสริมสร้างพลัง

อำนาจและทักษะทางกาย" สำหรับญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะ เนื่องจากพบว่ามี การปรับตัวด้านร่างกายต่ำที่สุด โดยเน้นการสอนท่าที่ถูกต้องในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการความเหนื่อยล้า และการแบ่งเวลา

ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative Care): พยาบาลควรมีบทบาทเชิงรุกในการประสานงานและเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เพื่อเชื่อมโยงความต้องการของญาติเข้ากับระบบสนับสนุนในชุมชนตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (สรุณา แก้วพิบูลย์, 2559) เพื่อคงระดับการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นให้อยู่ในระดับสูงต่อไป

ด้านการพัฒนาองค์กร: สถานพยาบาลควรนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2563; ศูนย์การุณรักษ์, 2561) มาใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการประเมินและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรกที่แพทย์วินิจฉัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

ควรทำการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยประยุกต์ใช้ "โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับระบบสนับสนุนในชุมชน" เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายต่ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและเงื่อนไขเฉพาะเจาะจงในชีวิตประจำวัน นำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมช่วยเหลือที่ตรงจุดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. อากาศ พัฒนเรืองไธ. (2559). List disease of Palliative care and Functional unit. สำนักการแพทย์ กรมการแพทย์. อาร์ท ควอลิไฟท์.

3. โรงพยาบาลโนนสูง. (2565) สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative care ในโรงพยาบาลโนนสูง ปี 2565. โรงพยาบาลโนนสูง
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
5. ยุพา จิวพัฒนกุล. (2561). การดูแลครอบครัว. ใน กิรดา ไกรนวัตร และ รัชนก คชโกโร (บรรณาธิการ), การพยาบาลชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 11). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. ศูนย์ข้อมูลด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF
7. กิตติยาพร จันทร์ชม. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 5(2), 12–24.
8. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์, จุติมา มาสัย และ สุพรรณิ ทศิลก. (2560). การเสริมสร้างพลังอำนาจ: บทบาทของพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล, 44(2), 159–168.
9. World Health Organization. (2020). Global atlas of palliative care (2nd ed.). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>