

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Participatory Palliative Care Model within the Health Service Network of Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 11,2026 ; Revised: August 15,2026 ; Accepted: August 19,2026)

กัลยาณี คำศรี¹
Kallayanee Kumsri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอตาลสุม ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล (CG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวม 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผล คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จำนวน 30 คน โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือน ตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบไร้รอยต่อ 2) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการจัดอบรมจิตอาสา อสม.และผู้ดูแลผู้ป่วย 3) เสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย โดยให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายอย่างครอบคลุมและทันสมัย 4) ใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) บูรณาการการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 5) จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลของญาติ ความพึงพอใจ การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Care สูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop a participatory palliative care model within the Tan Sum District Health Network, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The process-development sample consisted of 60 participants, including multidisciplinary health team members from the Tan Sum District Health Network, personnel from subdistrict health-promoting hospitals, terminally ill patients, caregivers (CGs), village health volunteers (VHVs), community leaders, and local administrative organization representatives. The evaluation sample comprised 30 terminally ill patients registered in the district health network. The study applied the action research framework of Kemmis and McTaggart, consisting of two cycles. Data were collected over 12 weeks from July to October 2023 using researcher-developed questionnaires. Data analysis included data compilation, categorization, content analysis, and comparison of mean differences between pre- and post-intervention scores using paired t-test statistics.

The findings indicated that the participatory palliative care model comprised five key components: (1) seamless integration of palliative care services across the network; (2) strengthening and capacity building of the

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำหว้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

palliative care network through volunteer training for VHVs and caregivers; (3) enhancement of up-to-date knowledge for health personnel, patients, caregivers, and community networks regarding comprehensive end-of-life care; (4) integration of the “Bowon” principle (Home–Temple–Government) to foster sustained community collaboration; and (5) establishment of a community-based medical equipment center. After implementation, the sample demonstrated significantly higher mean scores in family caregiving performance, satisfaction, adherence to the palliative care model, and care delivery based on the 7 Aspects of Care framework at the 0.05 level of statistical significance.

Keyword : Models, palliative care, participation, healthcare network

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข จากยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน นั้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประเทศซึ่ง สาขาการดูแลแบบประคับประคองเป็นสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาและขับเคลื่อนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 โดยวิสัญญีแพทย์ เน้นการบรรเทาอาการปวด ในช่วงแรกจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะสุดท้าย เช่น ที่วัดพระบาทน้ำพุ ต่อมาในปี พ.ศ.2539

ได้มีการจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นที่ศูนย์มะเร็งแห่งชาติในกรุงเทพมหานครและพัฒนาต่อเนื่องมาเรื่อยๆอีกในหลายแห่งในประเทศไทย และต่อมาได้มีการร่างตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในการให้การดูแลระยะสุดท้าย และการประกาศสิทธิของผู้ป่วยในสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาและสิทธิในการตายโดยปราศจากการช่วยฟื้นคืนชีพ (The Thailand National Hospital Accreditation Authority uses the provision of palliative and end of life care as a quality indicator) หลังจากนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย เน้นไปทางด้านของศาสนา ความเชื่อ การมองเป็นเรื่องของความเป็นไปตามหลักธรรมชาติ ในขณะที่เดียวกันนโยบายสุขภาพในประเทศไทยเน้นการรักษาดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลักทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกละเลย อย่างไรก็ตามความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพิ่มสูงขึ้น แต่ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนโดยเฉพาะระบบที่เหมาะสมต่อบริบท และสังคมไทยทั้งในการให้บริการสุขภาพระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุขโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และอยู่ระยะสุดท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้²

ผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงและความสามารถในการ

ทำหน้าที่ลดลง จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด³ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการที่พบบ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานที่สุด คือความเจ็บปวดและทรมาน จนผู้ป่วยมีความบิคับคั้นทางด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยเองและครอบครัว⁴ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนมีความละเอียดอ่อนในการดูแล ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง การเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจมีทักษะเป็นสิ่งสำคัญ ควรนำหลักวิชาการที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ มีการประเมินผลที่เฉพาะต่อการดูแลครอบครัวทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี⁵

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO⁶ ซึ่งประกอบด้วย 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากสถานบริการสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกด้านจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หากสถานบริการสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกด้านจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาของ วรเชษมน บุรณรัช⁷ เรื่อง ทักษะการปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่าง

ต่อเนื่องจากทีมสุขภาพและครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อความตายให้แก่ผู้ป่วยได้

ในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม⁸ พบว่า สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้นมาก ทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งซึ่งมาจากตัวโรค เช่น มะเร็งที่ลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ รวมถึงอาการแทรกซ้อนอันเกิดขึ้นจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่างๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งมักมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการไม่สุขสบายได้ยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนมากยังเผชิญกับภาวะทางสังคมเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองไม่ได้ คนในครอบครัวไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้หากต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจึงเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและมักจะเสียชีวิตด้วยความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ในชุมชนยังขาดระบบรองรับการดูแลที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความปรารถนา เช่น ระบบเยี่ยมบ้านโดยจิตอาสาในชุมชนร่วมเครือข่ายในชุมชน ระบบยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ระบบประสานงานส่งต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลให้เพียงพอ ระบบสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถทำงานและไม่มีรายได้ และระบบอื่นๆ ซึ่งเป็นเรื่องของการดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้กับสมาชิกของชุมชน การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dignified Death) มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 60 ราย ประกอบด้วย: ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอตาลสุมผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล (CG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) มีเวลาเข้า

ร่วมจนสิ้นสุดโครงการ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากร: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2566 จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง: จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์: 1) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) เข้าสู่ระบบการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตาลสุมเป็นครั้งแรก 3) สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มผู้ดูแลหลัก

ประชากร: ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง: จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์: 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้รับหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุด 3) มีระยะเวลาดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ 4) ผู้ดูแลหลัก 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน

ขั้นตอนการวิจัย: การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ (Situation Analysis) (เดือน กรกฎาคม 2566 – สิงหาคม 2566)

1) รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลตาลสุม และการดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายสุขภาพตาลสุม โดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการ สัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้ง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลเพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2) สนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวทางการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO และแนวทางการจัดการรายกรณี¹⁰ โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือน ตุลาคม 2566 ในวงรอบที่ 1 (กันยายน 2566) และวงรอบที่ 2 เดือน (เดือนกันยายน – ตุลาคม 2566)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินผล ระยะรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Evaluation Phase) ประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ อัตราการได้รับการประชุมครอบครัว อัตราการได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อัตราการได้รับคำปรึกษา อัตราการได้รับการเยี่ยมที่บ้าน และประเมินผลลัพธ์การดูแล 2) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของครอบครัวที่มีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ และการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน 4) การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ในชุมชน นำเข้าสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และเข้าสู่ระบบการดูแลระยะสุดท้าย 5) ปัญหาและอุปสรรคนำสู่การแก้ไข้ปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok Version 2) แบบประเมินอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง FAMCARE-2 และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale - P-S)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทำโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละเครื่องมือ ดังนี้: ด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.88 ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแล FAMCARE-2 เท่ากับ 0.86 และด้านการประเมินผลลัพธ์การดูแล P-S เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ
1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (Data triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Methodological triangulation) มีผู้ร่วมวิจัยหลายคน (Investigator triangulation) 2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert validation) บันทึกอย่างละเอียด (Audit trail) 3) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) บรรยายบริบทและรายละเอียดอย่างชัดเจน (Thick description) เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว (Data saturation) 4) ความเชื่อถือได้ (Dependability) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล มีการบันทึกการตัดสินใจในทุกขั้นตอน 5) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เก็บหลักฐานข้อมูลดิบ บันทึกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบอคติของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แบบสอบถาม PoS วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม สถิติสำเร็จรูปนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test เปรียบเทียบคะแนน PoS รวมเฉลี่ยด้วย Paired-Samples T test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และ

การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยโครงการวิจัยจะส่งขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

1. สรุปสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนการพัฒนาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน ทั้งด้านระบบบริการ บุคลากร และทรัพยากร โดยด้านระบบบริการพบปัญหาการประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และขาดการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้านบุคลากรพบว่าผู้ให้บริการขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดทักษะเฉพาะด้าน และยังขาดการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ ส่วนด้านทรัพยากรพบการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาระงับปวด และงบประมาณสนับสนุนในการให้บริการ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดจากบริบทชุมชนที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่บ้าน รวมถึงข้อจำกัดด้านความรู้และประสบการณ์ของบุคลากรในการดูแลประคับประคองที่บ้าน ตลอดจนการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลา ข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการ โดยเน้นการเชื่อมโยงระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย อสม. การจัดทำสื่อและคู่มือความรู้ การใช้กลไกชุมชนตามหลัก “บวร” การจัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารเพื่อให้คำปรึกษาทางไกล และการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และยั่งยืนมากยิ่งขึ้นในระดับชุมชน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอतालसुम จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการมีส่วนร่วมกับการนำทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอतालसुम จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) การเชื่อมระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ร่วมกันทั้งเครือข่ายพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านโปรแกรม Thai C-C และ LINE group พร้อมกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลโดยจัดอบรมจิตอาสา อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งจัดตั้งทีมจิตอาสาและแกนนำชุมชนในการติดตามดูแล 3) การเสริมสร้างองค์ความรู้ที่ทันสมัย โดยพัฒนาความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน ผ่านการอบรม การจัดทำคู่มือและสื่อความรู้ที่เข้าใจง่าย รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) การใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) ในการบูรณาการความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน พระสงฆ์ และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อสนับสนุนการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และ 5) การจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม รถเข็น และถังออกซิเจน พร้อมทั้งมีระบบยืม-คืนการดูแลบำรุงรักษา และการระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย รูปแบบการดูแลทั้ง 5 องค์ประกอบนี้ทำงานเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสามารถดำรงคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทของชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพอำเภอतालसुम จังหวัดอุบลราชธานี รายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

1) ก่อนการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ ไปใช้ ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($=3.85$, $S.D.=.38$) หลังการนำรูปแบบฯ ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($=4.37$,

$S.D.=.35$) หลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการตามรูปแบบการดูแลฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.22$, $P < .001$)

2) หลังการนำรูปแบบไปใช้ ทีมผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับสามารถปฏิบัติทุกครั้ง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.59$, $P < .001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ก่อน (n=30) $\bar{x}$ (SD)	หลัง (n=30) $\bar{x}$ (SD)	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	p-value
ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย	3.85 (0.38)	4.37 (0.35)	422	4.43	<0.001**
ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ	3.39 (0.74)	4.47 (0.28)	1,705	6.59	<0.001**

**p-value<0.001

3) ผลการประเมินการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Care พบว่า หลังการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลทางกาย (4.52 ± 0.48)

รองลงมาคือด้านการดูแลทางจิตใจ (4.48 ± 0.52) และด้านวัฒนธรรม (4.45 ± 0.51) ตามลำดับ คะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.07 ± 0.72 เป็น 4.43 ± 0.52 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Care ก่อนและหลังการพัฒนา (n=74)

ด้านการดูแล	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	t	p-value
1. ด้านการดูแลทางกาย	3.25 ± 0.68	4.52 ± 0.48	12.45	<.001
2. ด้านการดูแลทางจิตใจ	3.12 ± 0.72	4.48 ± 0.52	11.89	<.001
3. ด้านการดูแลทางสังคม	2.98 ± 0.75	4.35 ± 0.55	13.24	<.001
4. ด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ	2.85 ± 0.82	4.42 ± 0.50	14.56	<.001
5. ด้านการให้ความรู้	3.05 ± 0.70	4.38 ± 0.54	12.78	<.001
6. ด้านวัฒนธรรม	3.15 ± 0.65	4.45 ± 0.51	11.95	<.001
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.08 ± 0.71	4.40 ± 0.53	12.34	<.001
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.07 ± 0.72	4.43 ± 0.52	12.60	<.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ด้านสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า มีปัญหาสำคัญ 3

ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการ ด้านบุคลากร และด้านทรัพยากร อธิบายได้ว่า การขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและการขาดความมั่นใจของบุคลากร

เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลที่ครอบคลุมและไร้รอยต่อ (Seamless Care Theory) ที่ว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการแบ่งปันข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนฤมล บุญนิวรรวัฒน์ และคณะ¹¹ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน พบว่า การขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและการประสานงานเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล

2. ด้านรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ อธิบายได้ว่า การบูรณาการระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการใช้หลัก "บวร" เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก⁶ ที่ว่าการดูแลต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Watson¹² ศึกษาเรื่อง Holistic Care พบว่า การดูแลที่ผสมผสานมิติทางจิตวิญญาณช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ด้านรูปแบบการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Nursing Care ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบฯ เป็นการดูแลผู้ป่วยครบถ้วนทั้ง 7 ด้าน อธิบายได้ว่า การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล สอดคล้องกับแนวคิด 7 Aspects of Nursing Care ที่ว่าการดูแลที่มีคุณภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การศึกษา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม¹²

4. ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) ของ Cohen & Uphoff¹³ ที่ว่าการมีส่วนร่วมต้องครอบคลุมทั้งการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับ

ผลประโยชน์ และการประเมินผล สอดคล้องกับผลการวิจัยของกัญญารัตน์ กันยะภาณุจัน และคณะ¹⁴ ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

5. ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ "TANSUM" ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญประกอบด้วย Team & Network, Assessment & Care Plan, Nurturing System, Skill Development, Unity และ Management & Monitoring อธิบายได้ว่า การบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ อย่างเป็นระบบช่วยสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Green & Tones¹⁵ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการออกแบบ และดำเนินการโครงการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ด้านนโยบาย ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้าน และกำหนดแนวทางการสนับสนุนค่าตอบแทนหรือสวัสดิการสำหรับอาสาสมัครที่ร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางสำหรับพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายผู้ให้บริการ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ด้านระบบบริการ ควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ พร้อมทั้งจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลแบบ

ระดับประชากรระดับอำเภอ และพัฒนาระบบการส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.4 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายการดูแลระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตัน รวมทั้งศึกษา

ประสบการณ์การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกระบวนการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้การดูแลมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล เพื่อประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแล และความยั่งยืนของระบบการดูแลในระดับชุมชน

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงนโยบายและการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. วณิช พิงชมพู. (2557). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(4), 6–14.
3. กิตติธ ธิลมานัต. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, และคณะ. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1), 120–131.
6. World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization.
7. วรชมน บวรณรัช. (2557). ทักษะการปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้ายภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, 9(2), 101–115.
8. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม (2565) สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน. โรงพยาบาลตาลสุม
9. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). The action research planner (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
10. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. นฤมล บุญนิวรรวัฒน์, และคณะ. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(3), 85–98.

12. Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised ed.). Boulder, CO: University Press of Colorado.
13. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
14. กัญญารัตน์ กัณยภาณุจน์, และคณะ. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*, 33(2), 45–58.
15. Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: Planning and strategies* (2nd ed.). London: Sage Publications.