

การพัฒนาแบบการดูแลระดับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต อย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพและครอบครัว

อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

Development Of An Integrated Palliative Care Model Transitioning From Hospital To Home Enhance Holistic Quality Of Life Through Collaborative Participation Of An Interdisciplinary Team And Family Renunakhon District Nakhon Phanom Province.

(Received: August 19,2026 ; Revised: August 23,2026 ; Accepted: August 25,2026)

สุพัตรา บุระพวง¹ ณัฏฐา กวานเทียน¹

Supatra Burapung¹ Nachpapa Kwanhien¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D) นี้ ดำเนินการตามลำดับขั้น R1-D1-R1-D2 มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) พัฒนาแบบการดูแลระดับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพและครอบครัว และ(3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงรวม 60 คนและกลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลประกอบด้วย ผู้ป่วยระดับประคอง 12 คน ผู้ดูแลหลัก 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข/Caregiver 12 คน และทีมนสหวิชาชีพ 24 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ,Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) , Palliative care Outcome Scale (POS) ,และแบบประเมินการทำงานของทีมนสหวิชาชีพตามกรอบ Donabedian วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และWilcoxon signed-rank test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 6ประเด็น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 3 ด้านตามกรอบ Donabedian ได้แก่ โครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก ภายหลังกการนำรูปแบบไปใช้ ผู้ป่วยมีคะแนนอาการจากแบบประเมิน ESASและคะแนนผลลัพธ์การดูแล(POS)ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สะท้อนว่าภาระอาการ ปัญหาและความทุกข์ทรมานลดลงและผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ขณะที่คะแนน PPS ไม่แตกต่าง ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลสะท้อนว่าภาระการดูแลลดลง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากทีมนสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทีมนสหวิชาชีพสะท้อนว่าการทำงานมีความเป็นระบบ การสื่อสาร และความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนดี

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง ; การดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ; การมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพและครอบครัว ; คุณภาพชีวิต ; การดูแลแบบองค์รวม

Abstract

This research and development (R&D) study followed the R1-D1-R1-D2 Sequence. The objectives were to (1) explore the situation and needs related to hospital-to-home palliative care among patient, family caregiver, community caregivers, and interdisciplinary healthcare professionals, (2) develop an integrated hospital-to-home palliative care model to enhance holistic quality of life through participation of the interdisciplinary team and family ;and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

was conducted in Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province. The qualitative phase involved 60 purposively selected key informants. The effectiveness evaluation included 12 palliative care patients, 12 primary caregivers, 12 village health volunteers/community caregiver, and 24 interdisciplinary healthcare professionals. Research instruments included in-depth interview guides, focus - group discussion guides, the palliative performance Scale (PPS), the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), and the Palliative care Outcome Scale (POS). Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at 0.05.

The findings revealed six major themes regarding the situation and need of hospital-to-home palliative care. The developed model comprised three components based on the Donabedian framework : structure, process, and outcomes. Experts rated the model as highly appropriate and feasible. Following implementation, ESAS symptom scores and POS scores significantly decreased ($p < 0.05$), indicating reduced symptom burden, problems, and distress, whereas PPS scores did not differ. Caregiver reported reduced caregiver burden, greater confidence in providing care, and continuous support from the interdisciplinary team, improve patient outcomes and holistic quality of life, reduce caregiver burden, and strengthen interdisciplinary collaboration in community hospital settings.

Keywords: palliative care; hospital-to-home care; interdisciplinary team ; family participation ; holistic quality of life

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคนต่อปี แต่มีผู้เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายลดลงอย่างมาก^{1,2} การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่มุ่งลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และเคารพความต้องการของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต^{1,3}

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสิทธิและคุณภาพการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา

12 รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายและกรรมการแพทย์ได้จัดทำคู่มือเพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดระบบดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามระบบบริการยังเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง การส่งต่อข้อมูลความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนและความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน^{3,4}

หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่า การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการรักษา มาตรฐาน และการจัดบริการต่อเนื่องถึงบ้านสามารถช่วยลดภาระอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต สนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน และเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในสถานที่ที่ต้องการ⁵⁻⁸ นอกจากนี้งานวิจัยในประเทศรายงานวาระระบบดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบไร้รอยต่อช่วยให้การประสานงานและการเตรียมครอบครัวดีขึ้นแต่ประสิทธิผลของรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบท บุคลากร เครือข่ายชุมชน และความพร้อมของอุปกรณ์⁹⁻¹¹

โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด เตี้ยง จากฐานข้อมูล 30 256 6 อนหลัง ตั้งต้ปีปี 36 2568 – พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับบริการประคัประคอง 174 ,182 และ 285 ราย ตามลำดับ อาการที่พบบ่อยจากการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ อาการปวด คิดเป็นร้อยละ 86.00 อาการเหนื่อยหายใจไม่อื่ คิดเป็นร้อยละ 76.25 อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า คิดเป็นร้อยละ 76.54 อาการท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 46.50 และอาการวิตกกังวล เศร้า คิดเป็นร้อยละ 31.02 ตามลำดับโดยผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการข้อจำกัดด้านบุคลากรและกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งต้องเผชิญกับภาระการดูแล ความเครียด ความขัดแย้งในการตัดสินใจรักษา และความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ขณะเดียวกันครอบครัวร้อยละ 65.28 ยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

12

ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลประคัประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติและทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

.1เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลแบบประคัประคองในระบบการดูแลจาก

โรงพยาบาลสู่บ้านของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ

. 2 เพื่อพัฒนา รูปแบบ การดูแลประคัประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว

.3เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลประคัประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัวที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาระการดูแลของผู้ดูแล และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคัประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และเสริมสร้างประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ซึ่งดำเนินการ ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569 รวม 12 สัปดาห์ การพัฒนารูปแบบอาศัยกรอบการประเมินคุณภาพบริการ Donabedian ซึ่งเชื่อมโยงองค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)¹³ โดยกำหนดให้โครงสร้างครอบคลุมทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายปฐมภูมิ และอุปกรณ์สนับสนุน ส่วนกระบวนการครอบคลุมการประเมินแบบองค์รวม การวางแผนการจำหน่าย การประชุมครอบครัว การวางแผนดูแลล่วงหน้า การเยี่ยมบ้าน และการติดตามอาการ ส่วนผลลัพธ์ครอบคลุมอาการและ

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ความมั่นใจของผู้ดูแล และความต่อเนื่องของการทำงานเป็นทีม

พื้นที่ศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลเรณูนครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่งในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ประชากร ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของ

การวิจัย ดังนี้ ระยะศึกษาสถานการณ์ (เชิงคุณภาพ) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรวม 60 คน ได้แก่ ผู้ป่วย ประคับประคอง ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข/caregiver และทีมสหวิชาชีพ ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และระยะประเมินประสิทธิผล ประกอบด้วย ผู้ป่วย ประคับประคอง 12 คน ผู้ดูแลหลัก 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข/caregiver 12 คน และทีมสหวิชาชีพ 24 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วย Palliative care ตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลกลับมารักษาตัวที่บ้าน จำหน่ายกลับบ้านตามคำสั่งแพทย์หรือตามความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

ส่วนผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข/caregiver และทีมสหวิชาชีพต้องยินดียินยอมและให้ข้อมูลตลอดระยะการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือประกอบด้วย (1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง 4 ชุด และแนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ และประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ดูแล

ในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ (2) แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2: PPS V2 ฉบับภาษาไทย¹⁴, (3) แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System: ESAS มาตราวัด 0-10 คะแนน¹⁵, และ (4) แบบประเมิน Palliative Care Outcome Scale: POS ซึ่งครอบคลุมปัญหาทางกาย จิตใจ สังคมและการสื่อสาร¹⁶ แนวทางสัมภาษณ์และองค์ประกอบของรูปแบบได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี¹⁷ และยืนยันความน่าเชื่อถือเชิงคุณภาพ ด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และการตรวจสอบข้อมูลกลับกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากนั้นนำผลมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความครอบคลุมของรูปแบบก่อนปรับปรุงและนำไปใช้จริง ผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPS, ESAS และ POS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ส่วนผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพได้รับการสัมภาษณ์หลังดำเนินการเพื่อสะท้อนประสบการณ์ ผลลัพธ์และข้อจำกัดของระบบบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการตรวจสอบข้อมูลกลับกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน และใช้ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบคะแนน PPS, ESAS และ POS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การประเมินรูปแบบอ้างอิงกรอบคุณภาพของ Donabedian¹³ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง IRB/REC 135/68 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดูแล ประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวม โดยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพและครอบครัว

อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย ประคับประคองจำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.33) โรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 41.67) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ร้อยละ 16.67) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 75.00) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ Palliative Performance Scale (PPS) อยู่ที่ร้อยละ 30-40 สะท้อนข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.สถานการณ์และความต้องการการดูแล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 60 คน พบประเด็นสำคัญ 6 ประเด็น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์และความต้องการการดูแลประคับประคอง (n=60)

ประเด็นหลัก	จำนวนที่กล่าวถึง	ร้อยละ
การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านยังไม่ไร้รอยต่อ	48	80.00
ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล	41	68.33
ต้องการการจัดการอาการไม่สบาย	39	65.00
ต้องการการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	33	55.00
การสื่อสารและการประสานงานยังไม่เป็นระบบ	30	50.00
ต้องการอุปกรณ์และระบบสนับสนุน	27	45.00

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล 1 คน สามารถให้ข้อมูลและสะท้อนได้มากกว่า 1 ประเด็น

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าปัญหาสำคัญอยู่ที่การส่งต่อข้อมูล การติดตามหลังจำหน่าย ความรู้และความมั่นใจของครอบครัวรวมทั้งการเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับดูแลที่บ้าน ข้อมูลดังกล่าวถูกใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบให้สอดคล้องกับทรัพยากรและเครือข่ายบริการในพื้นที่

3.รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบตามกรอบคุณภาพของ Donabedian ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์¹³ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ในระดับมาก มีค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลระดับประจักษ์แบบบูรณาการ

ด้าน	องค์ประกอบสำคัญ
โครงสร้าง (Structure)	ทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) เครือข่าย รพ.สต.อาสาสมัครสาธารณสุข และศูนย์เฝ้าระวัง
กระบวนการ (Process)	คัดกรองและประเมินแบบองค์รวม วางแผนจำหน่าย ส่งต่อข้อมูล ประชุมครอบครัว วางแผนดูแลล่วงหน้า เยี่ยมบ้าน จัดการอาการ และติดตามต่อเนื่อง
ผลลัพธ์ (Outcome)	อาการและความทุกข์ทรมานลดลง ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น และทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

สาระสำคัญของการดำเนินรูปแบบ

การดำเนินรูปแบบเริ่มต้นตั้งแต่ทีมระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะระดับประจักษ์และประเมินปัญหาแบบองค์รวมด้วย PPS, ESAS และ POS ควบคู่กับการประเมินความต้องการประชุมครอบครัว ข้อมูลจากการประเมินถูกนำเข้าสู่การประชุมทีมและการประชุมครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้ป่วย วางแผนการจัดการอาการ เตรียมยาและอุปกรณ์ รวมทั้งฝึก

ทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลประสานทีมโรงพยาบาล รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัว ติดตามผู้ป่วยตามแผนเดียวกัน ทีมในพื้นที่เยี่ยมบ้าน ประเมินอาการซ้ำ ให้คำปรึกษา และประสานปรับเปลี่ยนเมื่อเกิดปัญหา ผลการประเมินหลังดำเนินงานถูกนำมาทบทวนร่วมกันเพื่อปรับกระบวนการดูแลและลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการนำความรู้ไปใช้ในระบบบริการ

ขั้นตอน	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ
คัดกรองและประเมิน	ระบุผู้ป่วยเป้าหมาย ประเมิน PPS, ESAS, POS และความต้องการแบบองค์รวม	แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ
2. วางแผนร่วม	กำหนดเป้าหมายการดูแล ประชุมครอบครัว และวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ
3. เตรียมจำหน่ายและส่งต่อ	ฝึกทักษะผู้ดูแล จัดยา/อุปกรณ์สรุปแผน และส่งต่อผ่านศูนย์ COC	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รพ.สต.และครอบครัว
4. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	การปรับแผนเมื่อมีปัญหาเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา และประสาน	ทีม รพ.สต.อสม.ครอบครัวและทีมโรงพยาบาล
5. ประเมินผลและทบทวน	ประเมิน PPS, ESAS, POS หลังใช้รูปแบบ ทบทวนผลลัพธ์ และข้อจำกัดของระบบ	ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการ

4. ผลต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนน PPS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=12)

ตัวชี้วัด	ก่อน $\bar{x}$ (SD); Mdn	หลัง $\bar{x}$ (SD); Mdn	Z	p
PPS (%)	45.00 (10.00); 45.00	42.50 (9.65); 40.00	-1.60	.250

หมายเหตุ คะแนนสูงหมายถึงสมรรถนะในการทำกิจวัตรดีกว่า

จากตารางพบว่า คะแนน PPS หลังใช้รูปแบบลดลงเล็กน้อยตามการดำเนินของโรค แต่ไม่แตกต่างกัน
การเปรียบเทียบคะแนน ESAS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนน ESAS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=12)

อาการ	ก่อน $\bar{x}$ (SD)	หลัง $\bar{x}$ (SD)	Z	p
ปวด	7.25 (0.97)	4.33 (0.89)	-3.06	< .001
อ่อนเพลีย	7.17 (0.72)	5.17 (0.72)	-3.06	< .001
คลื่นไส้	2.92 (0.79)	2.08 (0.67)	-2.80	.002
ซึมเศร้า	5.17 (0.72)	3.33 (0.49)	-3.06	< .001
วิตกกังวล	6.17 (0.72)	3.42 (0.51)	-3.06	< .001
ง่วงซึม	3.83 (0.72)	3.92 (0.51)	-0.38	.705
เบื่ออาหาร	6.17 (0.72)	4.50 (0.52)	-3.06	< .001
หอบเหนื่อย	6.25 (0.97)	4.08 (0.79)	-3.06	< .001
ไม่สบายกายและใจโดยรวม	7.17 (0.72)	4.33 (0.65)	-3.06	< .001

จากตารางพบว่า คะแนนความรุนแรงของอาการตาม ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกอาการ

การเปรียบเทียบคะแนน POS รวมก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนน POS รวมก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 12)

ตัวชี้วัด	ก่อน $\bar{x}$ (SD); Mdn	หลัง $\bar{x}$ (SD); Mdn	Z	p
POS รวม	28.25 (1.60); 28.00	16.25 (1.60); 16.00	-3.06	< .001

หมายเหตุ คะแนน POS รวมสูงหมายถึงปัญหาและความทุกข์ทรมานมาก

จากตารางพบว่า อาการปวดลดลงมากที่สุด จากค่าเฉลี่ย 7.25 เป็น 4.33 รองลงมาคือความไม่สบายกายและใจโดยรวม วิตกกังวล หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึมเศร้า อาการง่วงซึมและคลื่นไส้ คะแนน POS รวมลดลงจาก 28.25 เป็น 16.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.06$, $p < .001$) สะท้อนว่าปัญหาและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง

ผลต่อผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ

ผู้ดูแลหลักสะท้อนว่าหลังได้รับการฝึกทักษะการวางแผนร่วมกับทีมและช่องทางปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาทำให้มีความรู้และความมั่นใจในการจัดการอาการและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิตมากขึ้น

ความรู้สึกลดเครียดและภาระทางอารมณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ดูแลยังต้องการการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และการติดตามนอกเวลาราชการ ทีมสหวิชาชีพ 24 คน สะท้อนว่าการทำงานเป็นระบบมากขึ้น ทั้งการประเมินแบบองค์รวม การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน และการประชุมร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวต่อเนื่องขึ้น ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงเต็มรูปแบบและจำนวนอุปกรณ์สำหรับดูแลที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อ 1

ผลการวิจัยพบว่า ความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านเป็นช่องว่างสำคัญของระบบบริการโดยเกี่ยวข้องกับการประสานงาน ความพร้อมของผู้ดูแล และทรัพยากรสนับสนุน ผลดังกล่าวสอดคล้องการศึกษาในบริบทภาคใต้ที่รายงานอุปสรรคด้านการประสานงาน บุคลากร ความรู้ และอุปกรณ์และสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่เน้นการเตรียมครอบครัวและการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่เน้นการเตรียมครอบครัวและการติดตามหลังจำหน่าย^{9,10}

วัตถุประสงค์ข้อ 2

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเชื่อมโยงองค์ประกอบ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ตามกรอบ Donabedian โดยจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี ระบบส่งต่อข้อมูล การประเมินแบบองค์รวม การประชุมครอบครัว และการติดตามที่บ้าน¹³

การพัฒนาข้อมูลจริงของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้เช่นเดียวกับรูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาทที่บูรณาการการวางแผนล่วงหน้า การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต¹¹

วัตถุประสงค์ข้อ 3

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของอาการ (ESAS) และคะแนนผลลัพธ์การดูแล (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนการบรรเทาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการประเมินอาการอย่างเป็นระบบ การวางแผนการจำหน่าย การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องและการเสริมทักษะผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่ม

คุณภาพชีวิตและลดภาระอาการ^{6-8,18} ขณะที่ PPS ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากคะแนนดังกล่าวสะท้อนสมรรถนะทางกายซึ่งอาจลดลงตามธรรมชาติของโรคระยะท้ายแม้การควบคุมอาการและคุณภาพการดูแลจะดีขึ้น

ผลด้านการจัดการอาการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในมิติร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ¹ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของวารสารอ้อนอนงค์ และเยาวรัตน์ มัชฌิม ซึ่งเสนอองค์ประกอบของโปรแกรมระยะท้ายที่เน้นการจัดการอาการ การสนับสนุนด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัว¹⁹

สำหรับผู้ดูแล ผลเชิงคุณภาพที่สะท้อนว่าภาระลดลงและมั่นใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่าการดูแลแบบประคับประคองและการสนับสนุนครอบครัวสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล^{7,18} ส่วนด้านทีมสหวิชาชีพ ผลที่สะท้อนการทำงาน

ประสิทธิภาพการเป็นระบบและต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับการพัฒนาระบบดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งรายงานประโยชน์ของระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การทำงานเป็นเครือข่ายและผลลัพธ์ที่ดีต่อครอบครัวและบุคลากร²⁰

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยขนาดเล็ก ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลในระยะสั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นนอกจากนี้ผลด้านผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจึงสะท้อนประสบการณ์และมุมมองของผู้เข้าร่วมมากกว่าขนาดผลเชิงปริมาณ

สรุปผล

รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่าย

ชุมชนช่วยลดความรุนแรงของอาการและคะแนนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนความมั่นใจของผู้ดูแลและความต่อเนื่องของการทำงานเป็นทีม ขณะที่สมรรถนะทางกายของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบนี้จึงมีศักยภาพเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดผู้จัดการรายกรณีและแนวทางส่งต่อข้อมูลผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องให้ชัดเจนพร้อมระบบติดตามหลังจำหน่ายที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลรพ.สต.อสม.และครอบครัว

2. ควรพัฒนาศูนย์เฝ้าระวังและช่องทางปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาที่บ้าน รวมทั้งอบรมผู้ดูแล

เรื่องการจัดการอาการปวด หอบเหนื่อย และการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดตัวอย่างมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลระยะยาวและประเมินต้นทุน - ประสิทธิภาพ รวมถึงผลลัพธ์ของผู้ดูแลและทีมด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเรณูนครที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและสะท้อนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Aug 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Radbruch L, De Lima L, Knauth FM, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care - a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):754-764. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา. 2550;124(ตอนที่ 16 ก):1-18.
4. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
5. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747-55. doi:10.1056/NEJMr1404684.
6. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD007760. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2.
7. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104-14. doi:10.1001/jama.2016.16840.
8. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112. doi:10.1200/JCO.2016.70.1474.
9. กิตติกร นิลมนันต์, มลธิรา อุดมพิสัย, ภัทรสิริ พจมานพงศ์, นิภา นิยมไทย. การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2562;34(2):76-93.
10. เสริมสุข ธัญญะวัน, อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, ปวีณา ใจชัย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2566;20(3):163-76.

11. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข.
2564;30(6):1101-11.
12. โรงพยาบาลเรณูนคร. รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปีงบประมาณ 2566-2568. นครพนม:
โรงพยาบาลเรณูนคร; 2568.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3 Pt 2):166-206.
14. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and
validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2).
Palliat Med. 2012;26(8):1034-41. doi:10.1177/0269216311424633.
15. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System
(ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care.* 1991;7(2):6-9.
16. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the
Palliative Care Outcome Scale. *Qual Health Care.* 1999;8(4):219-27. doi:10.1136/qshc.8.4.219.
17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what is being reported? Critique
and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
18. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project clinical practice guidelines for
quality palliative care, 4th edition. *J Palliat Med.* 2018;21(12):1684-89. doi:10.1089/jpm.2018.0431.
19. วราภรณ์ อ่อนอนงค์, เขียวรัตน์ มัชฌิม. โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง: ทบทวน
วรรณกรรม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(1):158-169.
20. มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษรา กะการดี, นันทิชาญาน์ นฤนาทนาเสฏฐ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(1):216-230.