



ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ชนิดาภา นันตะแก้ว¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัดผู้ประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (POS-C) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วย Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้น กว่าก่อนทดลอง ($P\text{-value} < 0.001$) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง สูงกว่าก่อนทดลอง ($P\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีประสิทธิผลช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายดีขึ้นและดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายในหน่วยบริการสุขภาพได้

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแล

¹ โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย, E-mail: chanidapa.nant@gmail.com



Effectiveness of an Integrated Continuity of Care Program on Palliative Care Outcomes and Caregiver Satisfaction for End-of-Life Patient in Chiang Saen District, Chiang Rai Province.

Chanidapa Nantakaew ¹

Abstract

This quasi-experimental, two-group pre- and post-test study aimed to investigate the effectiveness of an integrated continuity of care program on palliative care outcomes and caregiver satisfaction for end-of-life patients in Chiang Saen District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 60 purposively selected caregivers. Data collection instruments included a demographic questionnaire and a telephone nursing follow-up record form, with a content validity index of 1.00, and the Palliative care Outcome Scale for Carers (POS-C) and the Family satisfaction assessment questionnaire for palliative care (FAMCARE-2), had reliability coefficients of .81 and .94, respectively. The experimental group received an 8-week integrated continuity of care program, while the control group received standard care from the service unit. Data were analyzed using descriptive statistics and hypothesis testing using paired t-test and independent t-test. The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly better palliative care outcomes than before the intervention (P -value < 0.001) and significantly better than the control group (P -value < 0.001). They also showed significantly higher satisfaction with palliative care than before the intervention (P -value < 0.001) and significantly better than the control group (P -value < 0.001). In conclusion, the integrated continuity of care program was effective in improving palliative care outcomes for terminally ill patients and increasing caregiver satisfaction with the care model. This program can be applied to enhance the development of palliative care services for end-of -life patients in healthcare settings.

Keywords: Effectiveness, Integrated Continuity of Care Program, Palliative Care, Caregiver

¹ Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province, E-mail: chanidapa.nant@gmail.com

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดังกล่าว (World Health Organization (WHO), 2019) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย จำนวน 196,286, 307,160 และ 255,591 ราย ตามลำดับ และได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 55.62, 52.59 และ 67.47 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565- 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 4,700, 7,200 และ 6,458 ราย สำหรับอำเภอเชียงแสนมีแนวโน้มผู้ป่วยประคับประคองเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยประคับประคองทุกกลุ่มโรค จำนวน 311, 425, 513 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2567)

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด (Orem, 2001) ผู้ดูแลต้องใช้ความรู้และความสามารถในการจัดการกับภารกิจต่างๆและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านให้มีคุณภาพ ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ต้องนำผู้ป่วยกลับมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง และอาจได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น กระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Oechsle et al., 2019)

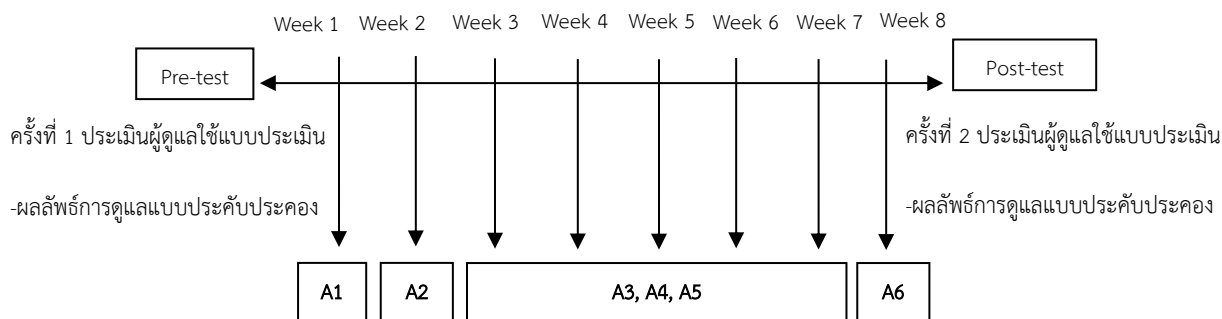
จากการทบทวนผลการดำเนินงานของงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของโรงพยาบาลเชียงแสน ในปีงบประมาณ 2567 (โรงพยาบาลเชียงแสน, 2567) พบว่าปัจจุบันยังไม่มีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ การสนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ระบบการสื่อสารให้คำปรึกษาและการดูแลต่อเนื่องภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัวและชุมชน บูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการร่วมดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการจัดการอาการรบกวนและให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย นำไปสู่การมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 (A1) “เรียนรู้ จดจำ ฝึกทำให้เป็น” กิจกรรมที่ 2 (A2) “เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ สร้างสายใยการดูแล” กิจกรรมที่ 3 (A3) “Call for Care” การเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ กิจกรรมที่ 4 (A4) “เพื่อนคู่คิด” การสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผ่านช่องทางต่างๆ กิจกรรมที่ 5 (A5) “สิ่งแวดล้อมดี” การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล กิจกรรมที่ 6 (A6) “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่...ชุมชนลือรัก” เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ดูแล สหวิชาชีพ อสม. จิตอาสาและภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 – เมษายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายของโรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอยางเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 212 ราย (โรงพยาบาลเชียงใหม่, 2568)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มโรคของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) เป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติของผู้ป่วย 4) สื่อสาร ฟัง อ่านเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์และสามารถติดต่อโดยใช้โทรศัพท์ได้ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) ผู้ป่วยในความดูแลเสียชีวิต เกณฑ์การยกเลิกเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการการศึกษาได้ 2) มีความวิตกกังวลหรือความเครียดสูงในการเข้าร่วมวิจัย และ 3) รู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถามและต้องการถอนตัว

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอ้างอิงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลซึ่งจะยอมรับขนาดอิทธิพลในขนาดกลาง เมื่อใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ เบิร์นส์ และ โกรฟ (Burns & Grove, 2005) สำหรับการทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, one-tailed test กำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย แต่เนื่องจากเป็นวิจัยแบบทดลองอาจมีผู้ยุติการเข้าร่วม (dropout) ร้อยละ 20 (Burns & Grove, 2005) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ

การสุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากทะเบียนผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าและมีการจับคู่ (matching) ผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองใกล้เคียงกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดและเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย พัฒนาจากแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018)

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

2. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. แบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale for Carers: POS-C) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลตารัตน์ สาภินันท์ (Sapinan, 2013)

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ของ Aoun et al. (2010) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลตารัตน์ สาภินันท์ และคณะ (2559)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale for Carers: POS-C) แปลเป็นภาษาไทยโดยลตารัตน์ สาภินันท์ (Sapinan, 2013) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลตารัตน์ สาภินันท์ และคณะ (2559) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93

และ 0.96 ตามลำดับ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก แต่ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ

การทดลองและการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม รวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ดูแล ประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 ครั้งที่ 1 (pre-test) จากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลเชียงแสน ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ดูแลเพื่อประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 ครั้งที่ 2 (post-test) และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคอง เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย และแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงแสน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือผู้ดูแลตอบแบบประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 (pre-test) จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ให้ตอบแบบประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 (post-test) ใช้เวลา 20-30 นาที แจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher's exact)

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประทับประคองและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประทับประคอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample T-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประทับประคองและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประทับประคอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 045/2568 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2568



ผลการศึกษาวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล		กลุ่มทดลอง (n= 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม(n= 30) จำนวน (ร้อยละ)	P P-value
เพศ	หญิง	17 (56.67)	15 (50.00)	> 0.05
อายุ (Mean $\pm$ SD)		$\bar{X}$ = 48.10, S.D.= 12.869	$\bar{X}$ =57.27, S.D.=12.600	> 0.05
ศาสนา	พุทธ	30 (100.00)	29 (96.67)	> 0.05
สถานภาพสมรส	สมรส/อยู่ด้วยกัน	23 (76.67)	20 (66.67)	> 0.05
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	20 (66.67)	21 (70.00)	> 0.05
อาชีพ	เกษตรกร	12 (40.00)	13 (43.33)	> 0.05
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Mean $\pm$ SD)		$\bar{X}$ =8,100.00, S.D.= 1325.56	$\bar{X}$ =8,993.33, S.D.= 1399.19	> 0.05
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	รายได้น้อยกว่า รายจ่าย	17 (56.67)	17 (56.67)	> 0.05
โรคประจำตัว	มี	18 (60.0)	14 (46.67)	> 0.05
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บุตร	20 (66.67)	20 (66.67)	> 0.05
ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (Mean $\pm$ SD)		$\bar{X}$ =15.27, S.D.= 6.31	$\bar{X}$ = 14.20, S.D.= 6.17	> 0.05
ผลกระทบต่องานประจำวัน	มี	28 (86.67)	26 (93.33)	> 0.05
	ด้านเศรษฐกิจ	23 (76.67)	23 (76.67)	> 0.05

หมายเหตุ: ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประถมศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และผลกระทบต่องานประจำวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง 56.67%, กลุ่มควบคุม 50%) โดยอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองคือ 48.10 ปี (S.D.= 12.869) กลุ่มควบคุม คือ 57.27 ปี (S.D.= 12.600) เมื่อพิจารณาลักษณะส่วนบุคคลด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง คือ 8,100 บาท (S.D.=1325.56) ส่วนกลุ่มควบคุม คือ 8,993.33 บาท (S.D.=1399.19) ฐานะทางเศรษฐกิจทั้งสองกลุ่ม จัดอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร โดยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลต่อวันคือ 15.27 ชั่วโมง (S.D.=6.313) ส่วนกลุ่มควบคุมคือ 14.20 ชั่วโมง (S.D.=6.178) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผลกระทบต่องานประจำวัน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่ให้การดูแล ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=60)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย		กลุ่มทดลอง (n= 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n= 30) จำนวน (ร้อยละ)	P	P-value
เพศ	หญิง	18 (60.00)	18 (60.00)		
อายุ (Mean $\pm$ SD)		$\bar{X}$ = 72.20 S.D.= 10.060	$\bar{X}$ = 76.90, S.D.= 12.260	> 0.05	
สิทธิการรักษา	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	27 (90.00)	30 (100.00)	> 0.05	
การวินิจฉัยโรค	กลุ่มไม่ใช่ โรคมะเร็ง	15 (50.00)	20 (66.67)	> 0.05	
ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง	ผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนผ่าน (PPS 40-60%)	22 (73.33)	21 (70.00)	> 0.05	
อาการรบกวน	มีอาการรบกวน	30 (100.00)	28 (93.33)	> 0.05	
อาชีพ	ว่างงาน	19 (63.33)	20 (66.67)	> 0.05	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (Mean $\pm$ SD)		$\bar{X}$ = 3430.00, S.D.= 3502.723	$\bar{X}$ =2750.00, S.D.=3145.851	> 0.05	

หมายเหตุ: ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)



ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่ให้การดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองคือ 72.20 ปี (S.D.= 10.060) ในกลุ่มควบคุมคือ 76.90 ปี (S.D.= 12.260) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) สัดส่วนเท่ากับกับกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (Non-cancer) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (Non-cancer) มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนผ่าน (PPS 40-60%) และมีอาการรบกวนจากโรค ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงาน โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนคือ 3,430 บาท (S.D.=3502.723) ส่วนในกลุ่มควบคุมคือ 2,750 บาท (S.D.=3145.851)

ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยที่ให้การดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher exact probability test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลทุกตัวไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 3 และมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **ดีกว่ากลุ่มควบคุม** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม** (n=30)

ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	23.40	4.311	15.90	3.754	8.293	<0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม (n=60)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
หลังการทดลอง	60	15.90	3.754	25.43	3.266	10.494	58	< 0.001

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง **สูงกว่าก่อนทดลอง** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ดังตารางที่ 5 และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ **สูงกว่ากลุ่มควบคุม** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย กลุ่มทดลอง ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบบูรณาการ (n=30)

ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแล	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	p-value
	โปรแกรม		โปรแกรม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล (ทั้งฉบับ)	3.83	.293	4.50	.206	-11.120	< 0.001
1.ด้านการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบาย	3.93	.224	4.40	.243	-9.268	0.000
2.ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล	3.76	.365	4.70	.245	-11.962	0.000
3.ด้านอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ	3.83	.379	4.41	.349	-6.727	0.001
4.ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว	3.73	.458	4.46	.310	-7.605	0.000



ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=60)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
หลังทดลอง	60	4.50	.206	3.80	.323	-9.973	58	< .001

อภิปรายผล

1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จัดเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแล (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลแต่ละบุคคล ผ่านกิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย “กิจกรรม เรียนรู้ จดจำ ฝึกทำให้เป็น” ที่ช่วยให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรม “เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ สร้างสายใยการดูแล” เป็นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลดรอยต่อของการดูแล ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง และกิจกรรม “Call for care” การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ชี้แนะ สนับสนุน และให้กำลังใจในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรม “เพื่อนคู่คิด” ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อขอรับคำปรึกษา ทำให้สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ซึ่งการติดตามสนับสนุนผ่านเทคโนโลยีสื่อสารเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำอย่างทันท่วงทีเมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความรู้ ความมั่นใจ สามารถจัดการอาการรบกวนได้อย่างเหมาะสม (วรรณ ฉายอรุณ และคณะ, 2567; Piamjariyakul, et al., 2024) และช่วยลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Johansson et al., 2024) ซึ่งจากข้อมูลการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 43.33 จำนวนบริการ 18 ครั้ง หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงเป็นร้อยละ 20 จำนวนบริการ 7 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นและสูงกว่ากลุ่มทดลอง (ก่อนทดลอง ร้อยละ 33 , บริการ 15 ครั้ง; หลังทดลอง ร้อยละ 40 , บริการ 16 ครั้ง) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการ

รบกวนและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านได้ ส่งผลให้ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและด้านสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยังได้สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย ผ่านกิจกรรม “สิ่งแวดล้อมดี” ร่วมกับกิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่ชุมชนล้อมรัก” ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (World health organization, 2018) ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของความเอื้ออาทรในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกลไกจิตอาสาและเครือข่าย อสม. ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และเป็นการขับเคลื่อนกระบวนการเชิงสังคมที่ช่วยให้ภาคีเครือข่ายได้รับรู้บทบาทการมีส่วนร่วม ตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายในชุมชน จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) เมื่อผสมผสานการดูแลทั้งการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ช่วยให้รับรู้และคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม มีกำลังใจและมั่นใจในการริเริ่มให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการรบกวนและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยได้ โดยสอดคล้องรูปแบบการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้การมีส่วนร่วมสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย (2563) ที่พบว่าหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลระดับประคับประคองที่บ้าน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายดีขึ้น ลดความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักได้ และการศึกษาของศิริพร เสมสาร และคณะ (2561) ที่พบว่าภายหลังที่ญาติผู้ดูแลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถ ทำให้มั่นใจในการใช้ความรู้และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีระดับความเครียดลดลง รวมทั้งการศึกษาของ จินตพัทธ์ จันทะโคตร และคณะ (2564) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปและด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม อภิปรายได้ดังนี้ การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ผ่านกระบวนการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล การให้



กำลังใจ ให้คำปรึกษา และให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว รวมทั้งติดตามดูแลต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบสนับสนุนที่เข้าถึงง่ายโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ในกิจกรรม “Call for care” และ “เพื่อนคู่คิด” เมื่อผู้ดูแลต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน เช่น อาการปวดหรือหายใจเหนื่อย การที่ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองที่ตรงกับปัญหาและความต้องการในเวลาที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการ และหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น พร้อมกันนี้ การที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงความเป็นมิตรและการได้รับความช่วยเหลือจากสหสาขาวิชาชีพ จิตอาสาและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) จัดเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ช่วยให้เข้มแข็งและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ ส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล รวมทั้งด้านการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วย ส่วนความพึงพอใจรายข้อที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ให้กับผู้ป่วยโดยทีมฯ รองลงมาเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยและทีมเคาท์ดาวน์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของโปรแกรม ที่ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลแบบองค์รวม สนับสนุนให้ข้อมูลและคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร เสมสาร และคณะ (2561) ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและมีทักษะการดูแล รวมทั้งมีความเครียดลดลงและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ ชุลินดา ทิพย์เกษร และ อังคณา จงเจริญ (2565) ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพการดูแลและมีความพึงพอใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการศึกษาของ วีรยา อินทร์คง (2559) ที่พบว่าภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลวิจัย

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีประสิทธิผลทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายดีขึ้น และผู้ดูแลผู้ป่วยฯ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย เพื่อติดตามการคงอยู่ของโปรแกรมต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแล
2. การขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นรวมทั้งพิจารณาการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการการดูแลอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ *Service plan: Palliative care*.
<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-reportdetail/a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086>
- จินตพัทตร์ จันทะโคตร, ทศนีย์ รวีวรกุล, พัทธราภรณ์ เกิดมงคล, และ พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(2); 11-24.
- ชลินดา ทิพย์เกษร และ อังคณา จงเจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 9(1), 21-34.
- โรงพยาบาลเชียงใหม่. (2567). รายงานผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567. เอกสารเผยแพร่ปี 2567.
- โรงพยาบาลเชียงใหม่. (2568). ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มโรค โรงพยาบาลเชียงใหม่. เอกสารเผยแพร่ปี 2568.
- ลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ. (2559). *ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ฉบับภาษาไทย* (Reliability and validity of Thai translation of the FAMCARE-2 scale). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณดา ฉายอรุณ, ทรงเดช ประเสริฐศรี, และ มนพร ชาติชานี. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 43(4), 1085-1094.
- ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และ พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(1):112-125.



สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย (2563). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าวก้างหมื่น จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 16(2), 104-117.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง *Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care*.

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5

Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The Practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). The United States of America: Elsevier Saunders.

Johansson, T, Chambers, R.L., Curtis, T., Pask, S., Greenley, S., Brittain, M., et al. (2024). The effectiveness of out-of-hours palliative care telephone advice lines: A rapid systematic review. *Palliat Med*, 38(6), 625-643.

Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, M. L., et al. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(102): 1-14.

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Piamjariyakul, U., Smothers, A., Wang, K., Shafique, S., Wen, S., Petite, T., Young, S., et al. (2024). Palliative care for patients with heart failure and family caregivers in rural Appalachia: a randomized controlled. trial Family palliative care telephone intervention for patients with advanced illness. *BMC Palliative Car*, 23, 199-212.

Sapinan, L. (2013). *Manual for Palliative care outcome scale: POS*. Chiang Mai: Klang Veing Publisher. (in Thai).

World Health Organization. (2018). Palliative care [Internet]. Retrieved 20 July 2025.

From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

World Health Organization. (2019). *Definition of Palliative care*. Retrieved 20 July 2025.

From <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152>.