



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561 ISSN 0859-3949

แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี

* เดชา ทำดี, จุฬามาศ โชติบาง, เนตรทอง นามพรม, อุษณีย์ จันทะเวช, พิชรี วรกิจพูนผล

การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

* อภิชาติ ใจใหม่, กฤตพัทธ์ ศิภรณ์

ประสบการณ์ของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต

* ขวัญฤทัย พันธุ์, ทักษิณา ชัยวรรัตน์

การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

* ชลลดา ดิยะวิสุทธิ, ศรียพรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, ชลธิมา ปิ่นสกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับทราบยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

* พรพรรณ ไพศาลทักษิณ, อภิรัตน์ คำเงิน, จันทรีจิรา ยานะชัย, ณัฐติมาภรณ์ เคนทงษ์

โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

* ชลียา วามะสุน, นุสรา ประเสริฐศรี

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

* มัทนา จิระกังวาน, ศิริรัตน์ จันตรี

ปัจจัยที่มีผลต่อการปลดการชักในผู้ป่วยโรคลมชักตื้อยา

* จินนัชชา สมสิทธิ์, ชูศักดิ์ ลิ้มไพบ, อติมา วัฒนวิจิตรกุล

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

* อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คัมภีระ, คอย ละอองอ่อน, วิชรี ไชยจันดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแย่งแย่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, ดลฤดี เพชรขว้าง, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน, เกศินี การสมพจน์

รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา

* สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, เทพประวิณ จันทร์แรง, พระครูพิพิธ สุตาทร

ผลของโปรแกรมการจัดการด้านการยศาสตร์ต่อการแก้ไขอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน
ของกลุ่มสตรีปักผ้าชาวไทยภูเขา อำเภอปง จังหวัดพะเยา

* ณัฐพล ทนุติ, น้ำเงิน จันทรมณี, บุญลือ ฉิมบ้านไร่

การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่อสังคมของนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ณัฐกฤตา งานมิ่งฤทธิ์

แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการศึกษาและการบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมประสิทธิผลของโรงเรียนประถมศึกษา
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

* พระจันทร์ทอง จันทโชติ, อุทัย ภิรมย์รัตน์

การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* ทักษิณา ชัยวรรัตน์, จรรยา แก้วใจบุญ, วรณิภา เวียงคำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องตีแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษา
ในจังหวัดอุดรธานี

* พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2561 ISSN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร.ปรีศนีย์ สมบัติ

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนใจ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

นายเอกชัย หมั่นขัตติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิต เอรารวรรณ์

รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
• แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี	3
• การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน	17
• ประสบการณ์ของพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต	29
• การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย : การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ	39
• ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับการรักษาต้านการแข็งตัวของเลือด	49
• โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	60
• การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	70
• ปัจจัยที่มีผลต่อการปลดการชักในผู้ป่วยโรคลมชักดื้อยา	84
• ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน	94
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	106
• รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา	120
• ผลของโปรแกรมการจัดการด้านการยศาสตร์ต่อการแก้ไขอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานของกลุ่มสตรีปักผ้าชาวไทยภูเขา อำเภอปง จังหวัดพะเยา	133
• การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่อสังคมของนิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	144
• แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการศึกษาและการบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมประสิทธิผล ของโรงเรียนประถมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	157
• การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	168
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้า โดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรธานี	180



การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

มณฑนา จิระกังวาน
ศิริรัตน์ จันตรี
โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณบริบทให้การดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลศรีสะเกษโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 30 คน ผู้ดูแลหลัก 30 คน และทีมผู้ให้บริการ 199 คนประกอบด้วย พยาบาล 168 คน แพทย์ 22 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักโภชนาการ 2 คน เภสัชกร 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คนเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) เครื่องมือดำเนินการพัฒนาการดูแล และ 2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 และ 5 ท่าน ตามลำดับ และผ่านการทดสอบหาความเที่ยงตรง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) หลักการของการดูแล 2) โครงสร้างด้านการดูแล 3) กระบวนการดูแล และ 4) การติดตามและประเมินผลลัพธ์โดยสร้างระบบประสานกับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่องผลการนำ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาไปใช้พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน POS รายชื่อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากผู้ ให้บริการมีการรับรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากระดับมากที่สุด พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมในระดับปานกลาง – มาก การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย บูรณาการ ไร้รอยต่อ



The Development of Palliative Care in End of Life Cancer Patients: An integration of caring seamless network at Sisaket Hospital

Mantana Jirakangwan

Sirirat Chantree

Sisaket Hospital

Abstract

The end of life in cancer patients encounter physical, mental, social, and spiritual sufferings. The context of each hospital palliative care varies in those patients. Development of palliative care is needed in each hospital context to achieve good care outcomes. This research and development aimed to develop and study the effect of palliative care for end of life cancer patients at Sisaket Hospital. The World Health Organization's palliative care concept and Watson's Human Caring Theory were used as the conceptual framework. Sample were 30 inpatients with terminal cancer and 30 primary caregivers of patients with terminal cancer, and 199 health care providers including 168 nurses, 22 physicians, five physical therapists, two nutritionists, one pharmacist and one social worker. Tools used in this study were tools for research development and tools for evaluating the outcome. These tools were validated by 7 and 5 experts working in palliative care respectively, and tested for reliability, using Cronbach's alpha coefficient. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data. The results found that the palliative care at the end of life of cancer patients was applicable for Sisaket Hospital. There were 4 components including 1) concept of care, 2) structure of care, 3) process of care, and 4) follow and evaluate outcomes that system coordinate with a community hospital or district health promotion hospital to continuously care of patients. The results of implementation found that patients' POS scores declined significantly, caregivers' satisfaction for cancer patients care was at a high level. Health care providers perceived that palliative care was at the highest level. Nursing care for patients with palliative care at a moderate to high level. The development palliative care for end of life cancers' patients enhance team that capable of holistic care, resulting in better outcomes for health providers, patients and caregivers.

Keywords: Palliative care, Cancer patients, End of Life, Integration of care, Seamless Network



บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Siegel, Miller, & Jemal, 2016) สำหรับประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิต (Donsuk Pongnikorn, Krittika Suwanrungruang, & Rangsiya Buasom, 2015) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมแห้ง เป็นต้น (Casotto et al., 2017; Faller et al., 2013) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดวิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า ความกลัวรวมถึงปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน สวัสดิการ การจ้างงาน (Mitchell, Vahabzadeh, & Magruder, 2011; Pascoe, Neal, Allgar, Selby, & Wright, 2004) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งยังต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณ จากความไม่แน่นอนของโรค และการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Balboni et al., 2007; ทิวาภิณ วัฒนาวัตถุ, 2551)

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตทั่วโลกในปี ค.ศ. 2015 สูงถึง 20 ล้านคน 1 ใน 3 ของจำนวนดังกล่าวมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง (World Health Organization, 2014) การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในนโยบายขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วย และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย 1) การยืนยันว่าการมีชีวิตและการตายเป็นกระบวนการตามปกติ 2) ไม่เร่งรัดหรือยืดเยื้อการตาย 3) การบรรเทาจากความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมาน 4) การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ 5) มีระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองได้จนถึงวันสิ้นชีวิต 6) ระบบสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับการเจ็บป่วยและความโศกเศร้าภายหลังการเสียชีวิต 7) การดูแลเป็นทีม เพื่อ

การค้นหาถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษา ซึ่งแนะนำหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยหากมีข้อบ่งชี้ 8) การเพิ่มคุณภาพชีวิต และ 9) การผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วะยะเริ่มต้นที่เข้ารับการรักษา (World Health Organization, 2014) การดำเนินลงสู่ปฏิบัติของการดูแลแบบประคับประคองนั้นสามารถทำได้ในหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรที่เอื้ออำนวย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวแบบประคับประคอง จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านในการให้การดูแล จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเตรียมพร้อมอย่างเพียงพอ (Mehnert & Koch, 2008) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตและคงไว้ซึ่งศักดิ์และศรีของความเป็นบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson, 1989) ที่เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรม ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อาศัยการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไม่แยกออกจากกัน ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพและมีงานวิจัยที่ผ่านมาใช้ทฤษฎีนี้เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคอง (Smith, 2004) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดในระยะเวลาที่เหลืออยู่ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 689 เตียง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งจากทั้ง 22 อำเภอทั่วจังหวัดที่ถูกส่งต่อเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี 2557-2559 จำนวน 1,464 คน 1,377 คน และ 1,327 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 717 คน 523 คน และ 783 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและจากการศึกษาสภาพการณ์ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่ายังคงมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบ



ระดับประเทศคือบุคลากรไม่เพียงพอไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจนสถานบริการขาดเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และความล่าช้า ไม่ชัดเจนในการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ ร่วมกันในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลศรีสะเกษได้ผ่านการประเมินยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่จะต้องพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองให้กับโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 22 แห่ง และยังเป็นแหล่งฝึกการปฏิบัติงานของพยาบาลและแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาล ได้ตระหนักถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง จึงต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการไร้รอยต่อให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดโดยบูรณาการผสมผสานแนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2014 และทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันรวมถึงสร้างเครือข่ายเพื่อเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของจังหวัดอย่างไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาการดูแล

แบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2561
โดย

1. ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยดำเนินการดังนี้

2.1 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 72 เวชระเบียน

2.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 ราย

2.3 การสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของทีมสหสาขาวิชาชีพ 69 ราย

2.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2 ราย และผู้ดูแล 13 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์จำนวน 5 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2. แบบบันทึกการสังเกตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากพยาบาลวิชาชีพ

3. แบบสอบถาม ปัญหา/อุปสรรค ที่พบ และความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองจากพยาบาลวิชาชีพ

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยที่สนับสนุนหรือส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และปัญหาและอุปสรรคในการดูแลที่ผ่านมา



5.แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย เกี่ยวกับ การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยที่สนับสนุนหรือส่งเสริมในการดูแลตนเอง ปัญหาและความต้องการการดูแลหรือสิ่งที่ยากให้ช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองฉบับร่าง ดำเนินการดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประกอบด้วย ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการ อารยแพทย์ ศัลยแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ รวม 78 คน

2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ข้างต้น มาวางแผนการแก้ไขปัญหาที่พบ และสร้างแนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไว้

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวทางการดูแลไปทดลองใช้และแก้ไข ดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 และปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดูแลตามปัญหาอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวทางการดูแลที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้ปฏิบัติดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านผู้ให้บริการดำเนินการในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 จำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย (inclusion criteria) คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายและ 2) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

3. ผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 199 คนเป็นพยาบาล 168 คน แพทย์ 22 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักโภชนาการ 2 คน เภสัชกร 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านประกอบด้วย

1.1 คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ร่วมกับแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok)

1.3 แบบบันทึกการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว

2. เครื่องมือประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) ที่ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 มีจำนวน 10 ข้อคำถามปลายปิด และ 2 ข้อคำถามปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



2.3แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประทับประคองในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผลงานวิจัยของลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ มีจำนวน 17 ข้อคำถามมีคำตอบ 5 ระดับ (1 – 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด)

2.4แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประทับประคองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบประทับประคองของ (WHO, 2014)มีจำนวน 17 ข้อคำถาม มีคำตอบ 3 ระดับ (3 คือปฏิบัติทุกครั้ง 2 คือปฏิบัติบางครั้ง และ 1 คือไม่ได้ปฏิบัติ) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)เท่ากับ 0.85

2.5แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ/สหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 8 ข้อคำถาม มีคำตอบ 5 ระดับ (1 – 5 คะแนนหมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด)ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 080/2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประทับประคอง ด้วย

สถิติการทดสอบวิลคอกซัน(Wilcoxon Sign Rank test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประทับประคองโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบประเด็นปัญหาที่จำเป็นอย่างยิ่งได้รับการปรับปรุงและพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประทับประคอง2) ปัญหาด้านสถานที่ที่มีข้อจำกัดพื้นที่บริการในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสม 3) ปัญหาด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประทับประคอง ประกอบด้วย 3.1) ปัญหาการเข้าถึงการดูแลแบบประทับประคองและการระบุผู้ป่วยระยะท้าย3.2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประทับประคองไม่ชัดเจน3.3)ปัญหาการดูแลจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 3.4) ปัญหาการดูแลทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา3.5) ปัญหาการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย3.6) ปัญหาการดูแลภายหลังการสูญเสีย4) ปัญหาด้านการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย4.1) ปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 4.2) ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน4.3) ปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ

ผลการพัฒนาการดูแลแบบประทับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า

1.หลักการของการดูแล เป็นแบบองค์รวมครบทุกมิติโดยการพัฒนาโครงสร้าง สถานที่จัดห้องเฉพาะในแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นห้องประชุมครอบครัว ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว

2.ด้านโครงสร้างการดูแล ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาบุคลากรด้านความรู้ ทักษะ ในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการส่งพยาบาล



วิชาชีพอบรมหลักการดูแลแบบประคับประคอง 4 เดือน และจัดหลักสูตรฝึกอบรมการจัดระบบบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองและการสร้างคู่มือและแผนผังการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และมีทีมศูนย์ป็นรักษ์ที่ดูแลร่วมในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาซับซ้อน ร่วมกับการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. กระบวนการดูแล มีการคัดกรองตั้งแต่แรก รับ การวางแผนการดูแล มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนการวางแผนจำหน่าย การติดตามดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลภายหลังการสูญเสีย

3.1 การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดกรองในผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

3.2 ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Word Nurse - PCWN) เป็นผู้ดูแลหลักในกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีปัญหาซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาส่งปรึกษาศูนย์ป็นรักษ์ตามเกณฑ์เน้นการดูแลอย่างองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย อาศัยสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3.3 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองทุกราย ได้รับการประเมินการรับรู้ และได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับตัวโรค การดำเนินโรค และแผนการรักษา

3.4 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองทุกรายได้รับความช่วยเหลือในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)

3.5 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองทุกราย ได้รับการประเมินสภาวะผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน PPS ประเมินอาการรบกวนทางกายด้วยแบบประเมิน ESAS และประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลจัดการอาการ

รบกวน (Symptoms management) และจัดการปัญหาที่พบ

3.6 มีการวางแผนการจำหน่าย และวางแผนติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ความรู้เตรียมความพร้อมผู้ดูแล ติดต่อประสานเครือข่ายรพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อยืมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน

3.7 มีการติดตามครอบครัวภายหลังการสูญเสีย

4. การติดตามและประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ของผู้ป่วยเพื่อยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และสร้างคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายรวมถึงสร้างเครือข่ายพยาบาลประคับประคองจังหวัดศรีสะเกษในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างรวดเร็วไร้รอยต่อ

ผลการใช้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย พบว่า

ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 57.60 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 88.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.33 รายได้เฉลี่ย 8,800 บาท/เดือนเป็นโรคระยะเรื้อรังและท่อน้ำดีมากที่สุด ร้อยละ 36.67 เป็นโรคระยะเรื้อรังระยะที่ 4 ที่มีการกระจายของมะเร็ง ร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบการวินิจฉัยและระยะของโรค ร้อยละ 83.33 มีการวางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้าร้อยละ 90 โดยมีความต้องการเสียชีวิตที่บ้านมากที่สุดร้อยละ 56.67

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยประเมินโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลจากแบบประเมินPOSระหว่างก่อน และหลังการดูแล 7 วัน พบว่าหลังการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมีคะแนน POS รายข้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ดังแสดงในตาราง 1



ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 30)

ปัญหาและความต้องการ	ก่อน	หลัง	สถิติ Z	p- value
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
1. อาการปวด	3.33 ± 0.88	1.70 ± 0.88	- 4.520	.000
2. อาการรบกวนอื่น	3.57 ± 0.63	1.53 ± 5.71	- 4.815	.000
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา	3.33 ± 0.55	1.47 ± 0.63	- 4.710	.000
4. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว	3.67 ± 0.55	1.77 ± 0.50	- 4.809	.000
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	3.60 ± 0.55	1.55 ± 0.50	- 4.409	.000
6. ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก	2.93 ± 0.74	1.13 ± 0.63	- 4.700	.000
7. ความรู้สึกซึมเศร้า	2.93 ± 0.58	1.57 ± 0.57	- 4.785	.000
8. ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า	3.23 ± 0.68	1.47 ± 0.63	- 4.885	.000
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	3.80 ± 0.61	1.07 ± 1.36	- 4.681	.000
10. การได้รับความช่วยเหลือช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากการเจ็บป่วย	3.47 ± 1.17	1.27 ± 1.11	- 4.562	.000

Z= Wilcoxon Signed Ranks test

ด้านผู้ดูแลผู้ดูแลจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 45.33 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.67 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 43.33 มีรายได้เฉลี่ย 12,253.33 บาท/เดือน สัมพันธภาพส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 56.67 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนมากที่สุด ร้อยละ 20

ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก – มากที่สุด ในทุกข้อคำถามดังแสดงในตาราง 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล (n = 30)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	$\bar{X} \pm SD$	ระดับความพึงพอใจ
1. ความสบายของผู้ป่วย	4.27 $\pm$ 0.52	มาก
2. การอธิบายของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยและผลของการรักษา	4.83 $\pm$ 0.46	มากที่สุด
3. ข้อมูลรายละเอียดของผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.83 $\pm$ 0.46	มากที่สุด
4. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	4.70 $\pm$ 0.54	มากที่สุด
5. การปรึกษาหารือกับทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกี่ยวกับอาการการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	4.70 $\pm$ 0.54	มากที่สุด
6. อาการของผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว	4.30 $\pm$ 0.54	มากที่สุด
7. ความใส่ใจของทีมการดูแลอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.90 $\pm$ 0.31	มากที่สุด
8. การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยให้เกิดความสบาย	4.27 $\pm$ 0.45	มาก
9. ความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการให้คำปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วย	4.73 $\pm$ 0.45	มากที่สุด
10. การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.70 $\pm$ 0.45	มากที่สุด
11. การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน)	4.63 $\pm$ 0.49	มากที่สุด
12. ความใส่ใจของแพทย์ต่ออาการต่างๆของผู้ป่วย	4.50 $\pm$ 0.51	มากที่สุด
13. การให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วย	4.73 $\pm$ 0.45	มากที่สุด
14. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีจัดการอาการของผู้ป่วย เช่น ปวด ท้องผูกและอื่นๆ	4.77 $\pm$ 0.43	มากที่สุด
15. ประสิทธิภาพของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการจัดการบรรเทาอาการต่างๆของผู้ป่วย	4.90 $\pm$ 0.31	มากที่สุด
16. การตอบสนองของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป	4.70 $\pm$ 0.47	มากที่สุด
17. การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึก ที่ให้ต่อผู้ป่วยโดยทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.70 $\pm$ 0.47	มากที่สุด



ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการผู้ให้บริการ จำนวน 199 ราย เป็นเพศหญิง 89.95 อายุเฉลี่ย 34.71 ปี ร้อยละ 98.99 เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุดร้อยละ 84.42 รองลงมาคือแพทย์ ร้อยละ 11.06 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 68.84

ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ พบว่าการรับรู้ของผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าอยู่ในระดับมากในทุกข้อคำถามดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคอง (n = 199)

การรับรู้ของผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคอง	$\bar{X} \pm SD$	ระดับการรับรู้
1. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง	3.74 ± 0.71	มาก
2. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง	3.59 ± 0.73	มาก
3. นโยบายการปฏิบัติการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีสะเกษมีความชัดเจน	3.61 ± 0.71	มาก
4. มีการใช้แบบประเมินในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล	3.62 ± 0.78	มาก
5. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้มีการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	3.88 ± 0.79	มาก
6. เอกสารสื่อสารการดูแลผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพชัดเจน	3.53 ± 0.77	มาก
7. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความเหมาะสมกับการให้บริการของโรงพยาบาล	3.74 ± 0.75	มาก
8. ในภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ	3.77 ± 0.76	มาก

ผลลัพธ์ด้านระดับการปฏิบัติการดูแลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 167 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.41 อายุเฉลี่ย 34.40 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.92 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 74.25 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลได้ในระดับปานกลาง – มาก ดังแสดงในตาราง 4



ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (n =167)

การปฏิบัติ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับการปฏิบัติ
1.การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามเกณฑ์การคัดกรอง	2.69 $\pm$ 0.46	มาก
2. ประเมินระดับผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน PPS	2.62 $\pm$ 0.49	มาก
3. ประเมินความรุนแรงของอาการด้านร่างกาย จิตใจ และปัญหาอื่นที่รบกวน ด้วยแบบประเมิน ESAS	2.35 $\pm$ 0.48	มาก
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.42 $\pm$ 0.49	มาก
5. ให้เหตุผลทางการพยาบาลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง	2.38 $\pm$ 0.49	มาก
6. เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว	2.35 $\pm$ 0.48	มาก
7. ดูแลจัดการอาการปวดและ/หรือ อาการรบกวนอื่นด้วยวิธีการให้ยา	2.41 $\pm$ 0.62	มาก
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวด / อาการรบกวนอื่นโดยวิธีไม่ใช้ยา	2.09 $\pm$ 0.66	ปานกลาง
9. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น การดูแลจัดทำ เช็ดตัว จัดสภาพแวดล้อม ให้ผู้ป่วยสุขสบาย	2.35 $\pm$ 0.59	มาก
10. ดูแลด้านจิตใจ ด้วยการรับฟัง ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยใช้คำพูด หรือ ท่าทาง เช่น การสัมผัส จับมือ เป็นต้น	2.38 $\pm$ 0.49	มาก
11. ประเมินความรุนแรงของอาการหลังการดูแลด้วยแบบประเมิน ESAS ทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	2.09 $\pm$ 0.73	ปานกลาง
12. ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยแบบประเมิน PPS หลังการดูแลทุกวัน	2.07 $\pm$ 0.73	ปานกลาง
13. เอื้ออำนวยความสะดวก ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ/ศาสนา	2.43 $\pm$ 0.50	มาก
14. ทำงานร่วมกันเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ติดต่อประสานงาน ส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยการบันทึกข้อมูลการดูแลเพื่อใช้สื่อสารการทำงานเป็นทีมใน progress note	2.08 $\pm$ 0.72	ปานกลาง
15. ทำงานร่วมกันเป็นทีม ในการทำ family meeting	2.14 $\pm$ 0.63	ปานกลาง
16. ประสานงานให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย	2.28 $\pm$ 2.28	ปานกลาง
17. สนับสนุนครอบครัว/ผู้ดูแลในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การยืมอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์	2.35 $\pm$ 0.49	มาก



ผลจากการนำการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อไปใช้ปฏิบัติ สามารถสรุปได้ว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลลัพธ์ที่ดีมาก ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ถึง มาก แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประเมินด้วยแบบประเมิน PPS และ ESAS ทุกวัน รวมถึงการดูแลด้วยวิธีการไม่ใช้ยา และการทำงานร่วมกันเป็นทีม จึงได้ปรับกระบวนการประเมินโดยใช้แบบประเมิน PPS และ ESAS เป็นประเมินก่อน และหลังการดูแลภายในระยะเวลา 7 วัน และพยายามกระตุ้นให้ PCWN ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลด้วยวิธีการไม่ใช้ยา และการทำงานร่วมกันเป็นทีม

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีสะเกษพบประเด็นในการพัฒนาที่สำคัญคือ 1) ปัญหาด้านบุคลากร มีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยกว่า 2 ปี ส่งผลต่อความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย 2) ปัญหาด้านสถานที่ มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ให้บริการไม่เหมาะสม 3) ปัญหาด้านกระบวนการดูแล ที่มีปัญหาการเข้าถึงการดูแล และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน และ 4) ปัญหาด้านการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ ยังไม่ชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของวาสนาและคณะ (2558) และสุกัญญาและคณะ (2558) ซึ่งเป็นปัญหาที่คล้ายกันในประเทศในหลายๆ และเป็นปัญหาสำคัญในสถานบริการสุขภาพเกือบทุกแห่งของประเทศ การพัฒนาอาจจะมีแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อพัฒนาความพร้อมของบุคลากรพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีการวางแผนขั้นสูงเพื่อระบุลำดับความสำคัญและเป้าหมายของการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและควรมีส่วนของทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพและอาสาสมัคร สิ่งสำคัญคือการดูแลแบบประคับประคองไม่ควรถือเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลจังหวัดเท่านั้นที่สามารถทำได้ จะต้องทำงานประสานกับแหล่งบริการโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้พัฒนาแนวทางการดูแลหรือวิธีการปฏิบัติ และกิจกรรมการพยาบาลเป็นมาตรฐานของหน่วยงาน สอดคล้องกับบริบทความต้องการที่แท้จริงของหน่วยงาน และบูรณาการดูแลจากหลายระดับของบริการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) หลักการดูแล 2) โครงสร้างด้านการดูแล 3) กระบวนการดูแล และ 4) การติดตามและประเมินผลลัพธ์ โดยมีการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลระหว่างโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันพบว่าด้านหลักการของการดูแลมีความสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนาและคณะ (2558) และสมพร เทพสุริยานนท์ และคณะ (2556) ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือแนวคิดการดูแลขององค์การอนามัยโลกที่เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาครั้งนี้แต่มีความแตกต่างกันในด้านโครงสร้างกระบวนการดูแล เนื่องจากการพัฒนาเพื่อไขปัญหาที่พบ ตามบริบทของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และจะต้องพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองให้กับโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 22 แห่งทั่วจังหวัด

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีมาก ผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการอาการปวดอาการรบกวนอื่นๆ และการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นอย่างดี เห็นได้จากผลการประเมิน POS ที่คะแนนความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551; วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมร พันธุ์ธานีรัตน์, & ธารทิพย์ วิเศษธาร, 2558; สมพร เทพสุรียานนท์ & วีระนุช มยุเรศ, 2556) เนื่องจากมีการร่วมดูแลในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา ทำให้ได้รับการดูแลด้านร่างกายอารมณ์ความรู้สึกและด้านจิตวิญญาณได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นผลได้ชัดเจนและรวดเร็ว

ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ถึง มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (El-Jawahri, Greer, & Temel, 2011; Gade et al., 2008) เนื่องจากมีการปรับการดูแลแบบประคับประคองเหมาะกับผู้ป่วย จนกระทั่งเสียชีวิตโดยมีพยาบาลส่งต่อทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรอง ประเมินปัญหา ความต้องการวางแผนการดูแล ติดต่อประสานงานกับ ทีมแพทย์พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ ในการร่วมดูแลให้การปรึกษา วางแผนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ด้านผู้ให้บริการ มีการรับรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากอย่างไรก็ดี พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของ พยาบาลได้ในระดับปานกลางถึงระดับมากสอดคล้อง งานวิจัยของวาสนา และคณะ (2558) และสมพร เทพสุรียานนท์ และคณะ (2556) ทั้งนี้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลพยาบาลต้องมีการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้มีการพัฒนาบุคลากร

ทางการพยาบาลโดยจัดให้มี PCWN เป็นผู้ดูแลหลักในทุกหอผู้ป่วย สร้างคู่มือและแผนผังการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น

โดยสรุปการพัฒนาดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นลำดับ และการประสานงานของทีมอย่างเป็นขั้นตอนรวมถึงการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ระดับต่างๆซึ่งเป็นการพัฒนาในบริบทสถานการณ์จริงของโรงพยาบาลโดยการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ข้อจำกัดพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง เกิดแนวทางปฏิบัติการดูแลที่ชัดเจนโดยมีพยาบาลเป็นศูนย์กลางประสานระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบบูรณาการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลศรีสะเกษผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอื่นๆ ให้ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม และต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. Master, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมร พันธุ์ธานีรัตน์, & ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 25(1), 144-156.



เอกสารอ้างอิง

- สมพร เทพสุริยานนท์, &วีระนุช มยุเรศ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ 31(1).
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson,
H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and
associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical
oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 555.
- Casotto, V., Rolfini, M., Ferroni, E., Savioli, V., Gennaro, N., Avossa, F., . . . Saugo, M. (2017). End-of-
Life Place of Care, Health Care Settings, and Health Care Transitions Among Cancer
Patients: Impact of an Integrated Cancer Palliative Care Plan. *J Pain Symptom Manage*,
54(2), 167-175. doi: S0885-3924(17)30184-7 [pii]10.1016/j.jpainsymman.2017.04.004
- Donsuk Pongnikorn, Krittika Suwanrungruang, & Rangsiya Buasom. (2015). Cancer Incidence in
Thailand. *Cancer in Thailand*, 9(2013-2015).
- El-Jawahri, A., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2011). Does palliative care improve outcomes for patients
with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol*, 9(3), 87-94.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-
oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with
cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Gade, G., Venohr, I., Conner, D., McGrady, K., Beane, J., Richardson, R. H., . . . Penna, R. D. (2008).
Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. *Journal of
palliative medicine*, 11(2), 180-190.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its
association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer
register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic
research*, 64(4), 383-391.
- Mitchell, A. J., Vahabzadeh, A., & Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in
cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary care research. *Psycho-oncology*,
20(6), 572-584.
- Pascoe, S. W., Neal, R. D., Allgar, V. L., Selby, P. J., & Wright, E. P. (2004). Psychosocial care for
cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. *Family
Practice*, 21(4), 437-442.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for
clinicians*, 66(1), 7-30.
- Smith, M. (2004). Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science
Quarterly*, 17(1), 13-25.
- Watson, J. (1989). Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. *Conceptual models
for nursing practice*, 3.
- World Health Organization. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Retrieved
January 2017, 2017



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้งดเลิกคำแนะนำปี 2558 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในบทความที่ส่งขอรับการตีพิมพ์อย่างน้อย 2 คนที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัยบทความวิชาการหรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

2.1. กรณีส่งตามปกติอัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ

2.2. กรณีส่งแบบเร่งด่วน (Fast track) อัตราค่าธรรมเนียม 5,000 บาท/ 1 บทความ



โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอน
เงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี
512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี(งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนว
ปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ

3.2. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
(Abstract)

3.3. ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง
(ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียน
พิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือ
ความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็น
ประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและ
แสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและ
ชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียน
อธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มี
คุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึง
รายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการ
วิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการ
นำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้
เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น
การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่
แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมาย
ของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่
เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง
ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคน
อื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุน

ด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียน
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อ
การนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอด
ในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบ
จากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการ
โดยทั่วไป

3.11. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ใน
บทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความ
น่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่ง
และปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่ง
หรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มี
การตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์
ในการพิจารณาตีพิมพ์

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์
(Review Article)มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน
ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน
โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้ง
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำ
สำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ
ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของ
เรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดง
ถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรง
กับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ
ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และ
แสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม
ต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้



4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8. เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำตามแบบฉบับสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม ท้องถิ่นการบูรณาการ ความรู้พื้นบ้านกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามแปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>



Wollman, N. (1999, November 12).

Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่าง ๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่าง ๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

8. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบ

ออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายนฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคมและฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

