



## การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบูรณาการไร้รอยต่อ เครือข่าย รพ.มหาราชนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมา

เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ ปรด.(พยาบาล)<sup>1,3</sup>

สุนันดา คเชนทร์ชัย ศศ.ม.<sup>2</sup>

มูจจรินทร์ อัสวพัฒน์ ศศ.ม.<sup>2</sup>

(วันรับบทความ: 7 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 21 กันยายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 24 กันยายน พ.ศ.2568)

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศไทยเผชิญปัญหาความต่อเนื่องของการบริการ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ 2) ศึกษาผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดำเนินการระหว่างกันยายน พ.ศ. 2567 - สิงหาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ และ 3) ประเมินผลการใช้ระบบกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 46 คน และผู้ดูแล 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม สนทนตามธรรมชาติ การสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ สถิติที่ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ มีองค์ประกอบหลัก 3 ประเด็น คือ 1) ปัจจัยนำเข้า ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบบริการ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย แผนการดูแล 5 ระยะ ขับเคลื่อนผ่านแนวคิดทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายกรณี การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล และ 3) ผลลัพธ์ของการนำระบบการพยาบาลไปใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ คือ 1) พิจารณาปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรต่อยอดพยาบาลเฉพาะทาง 2) ระบุภารกิจผู้จัดการรายกรณี ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3) สนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศการพยาบาลทางไกล และ 4) ปรับตัวชีวิตให้สะท้อนการตายดีผ่านระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

**คำสำคัญ:** วิจัยเชิงปฏิบัติการ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ

<sup>1</sup>ร.พยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิ (ด้านระบบบริการพยาบาล) สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

<sup>3</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: pensri33@yahoo.com โทร. 081-9974003



## Development of a Seamless Integrated Palliative Cancer Care Nursing System within the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Network in Nakhon Ratchasima Province

Pensri Rukwong PhD. (Nursing)<sup>1,3</sup>

Sunutda Kachainchai M.Ed.<sup>2</sup>

Mujjarin Utsawapat M.Ed.<sup>2</sup>

*(Received Date: August 7, 2025, Revised Date: September 21, 2025, Accepted Date: September 24, 2025)*

### Abstract

End-stage cancer care in Thailand faces challenges regarding continuity of care services. This action research aimed to: 1) develop a seamless nursing care system, 2) study the outcomes of the seamless nursing care system, and 3) synthesize policy recommendations. The study was conducted from September 2024 to August 2025 and was divided into three phases: 1) situational analysis, 2) development of the seamless nursing care system, and 3) outcome evaluation with 46 end-stage cancer patients and 46 caregivers, divided into experimental and control groups of 23 participants each. Data was collected through in-depth interviews, focus group discussions, natural conversations, observations, document analysis, a palliative care outcome evaluation form, a quality of life assessment form, a caregiver perception assessment of patients' peaceful end of life, and a caregiver satisfaction questionnaire regarding palliative care. Data was analyzed using descriptive statistics, two-way repeated measures analysis of variance, t-tests, and content analysis.

The research findings revealed that the seamless nursing care system was comprised of three main components: 1) Input factors including patient factors, nursing factors, and service system factors; 2) Process components, consisting of a 5-phase care plan driven by the peaceful end of life theory concept, case management, primary nursing, nursing process, and telenursing; 3) Outcomes of the nursing system implementation demonstrated that the experimental group demonstrated superior palliative care outcomes, quality of life, caregiver perceptions regarding the patients' peaceful end of life experience, and caregiver satisfaction compared to the control group. The research findings led to the following significant policy recommendations: 1) consideration of curriculum revisions for Bachelor of Nursing Science and advanced specialty nursing programs; 2) identification of case manager roles in health service plans; 3) support for telenursing information technology, and 4) adjustment of indicators to reflect good death through peaceful end of life.

**Keywords:** action research, caregivers' perception of patients' peaceful end of life, palliative care outcomes, quality of life, seamless nursing system

<sup>1</sup>Acting Registered Nurse Advisory Level, Health Technical Office, Ministry of Public Health

<sup>2</sup>Registered Nurse Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

<sup>3</sup>Corresponding author, E-mail: pensri33@yahoo.com Tel: 081-9974003



## บทนำ

ในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.30 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเกือบ 10 ล้านคน<sup>1,2</sup> คาดว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 ภายในปี ค.ศ. 2040<sup>2</sup> รวมไปถึงองค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะท้ายประมาณ 40 ล้านคน และประกาศให้ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยการบูรณาการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา<sup>3</sup> ผู้ป่วยเหล่านี้มักพบปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว<sup>4,5</sup> ข้อมูลในปี ค.ศ. 2019 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง<sup>3</sup> การดูแลประคับประคองที่มีประสิทธิภาพสามารถลดต้นทุนการดูแลสุขภาพจากการลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลงได้<sup>5</sup> ตรงกันข้ามถ้าการเข้าถึงบริการในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากบริการน้อยลง และส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและการบรรเทาอาการ<sup>6</sup> อย่างไรก็ตามการเข้าถึงและการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนายังคงมีความแตกต่างอย่างชัดเจน และเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำ<sup>7</sup>

บริบทประเทศไทยแม้ว่าในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญโดยกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา การดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน และการดูแลแบบประคับประคอง<sup>8</sup> พัฒนสู่การเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา ชีววิถีบาล ในปี พ.ศ. 2568 ขณะเดียวกันผู้ป่วยระยะประคับประคองก็มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 มากถึง 110,908 คน 145,584 คน และ 190,065 คน ตามลำดับ<sup>9</sup> เมื่อพิจารณาการดำเนินการตามกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมนโยบาย<sup>10</sup> ยังพบช่องว่างเชิงนโยบายที่สำคัญ คือ ขาดการกระจายทรัพยากรที่เท่าเทียม และตัวชี้วัดที่ใช้วัดคุณภาพการดูแล คือ การตายดียังมีหลากหลาย<sup>8</sup> ข้อมูลของจังหวัดนครราชสีมาจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) พบผู้ป่วยระยะประคับประคองในปี พ.ศ. 2565, 2566 2567 มากถึง 10,499 คน 13,885 คน และ 34,920 คน ตามลำดับ<sup>9</sup> จากปัญหาของระบบการดูแลเดิมที่เป็นไปในเชิงรับสัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังสะท้อนจากสถิติการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำมากเพียง ร้อยละ 18.40-19.20 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลในระดับประเทศที่พบว่ายังมีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน คือ ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพียงร้อยละ 39.99-42.98<sup>9</sup> ขณะที่ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>11</sup> พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นผู้ที่ต้องใช้ทักษะผสมผสานในการดูแลโดยเฉพาะการเป็นผู้ประสานงานการดูแลกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ<sup>12</sup> เพื่อประสานและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย จากสถานการณ์ดังกล่าวการบูรณาการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการทุกระดับในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อๆ เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนให้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา ชีววิถีบาล บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายได้สำเร็จต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อๆ 2) ศึกษาผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อๆ ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจของบุคลากร และ 3) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง



## กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ในครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart<sup>13</sup> ประกอบด้วย กระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) และนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็ข้อจำกัดต่อระบบการพยาบาลจะหมดไป โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของ Ruland and Moore<sup>14</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และท้ายที่สุด คือ มีการรับรู้ชีวิตระยะท้ายที่สงบ ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ซึ่งตามทฤษฎีนี้อธิบายว่า การดูแลให้บุคคลมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย 3) การดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) การดูแลให้อยู่ในความสงบ และ 5) การดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ผลสุดท้าย คือ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีความหมาย มีความสงบ และมีประสบการณ์ของการรับรู้ระยะท้ายที่สงบ ญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน นั่นคือ ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตระยะท้ายที่สงบได้ภายใต้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

## วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ดำเนินการระหว่าง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 – สิงหาคม พ.ศ. 2568 ยื่นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ 124/ 2024 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 ก่อนการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัยในทุกขั้นตอน โดยตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ การให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาความลับของข้อมูล และจะทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานการพยาบาลตลอดจนเชิงวิชาการเท่านั้น

กระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ เกิดขึ้นอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ (4 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน) และ 3) ประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

### การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามระยะของการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะเริ่แบบประคับประคองใน รพ.มหาราชนครราชสีมา และเครือข่ายในจังหวัดนครราชสีมา (กันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567) กิจกรรมประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม สทนตามธรรมชาติ สังเกต บุคลากรทีมสุขภาพผู้ร่วมพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ จำนวน 8 คน วิเคราะห์ ทบทวนเอกสาร เพื่อวิเคราะห์การดำเนินการของระบบการพยาบาลเดิม เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาสำคัญที่จะนำสู่ข้อเสนอการพัฒนา ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ 2) คืบข้อมูลให้ทีมผู้ร่วมพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ร่วมพิจารณาข้อมูล 3) จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะเริ่แบบประคับประคอง และ 4) สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะเริ่แบบประคับประคอง บทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะเริ่แบบประคับประคอง เพื่อต่อยอดไปสู่การพัฒนาระบบในระยะที่ 2

**ระยะที่ 2** การพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ตามแนวคิด Kemmis and McTaggart<sup>13</sup> (ธันวาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

### วงรอบที่ 1

**ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์** คณะผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วย ระยะเริ่แบบประคับประคอง บทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะเริ่แบบประคับประคอง จากระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสังเคราะห์และเสนอเป็นร่างระบบ การพยาบาลไร้รอยต่อฯ ร่วมกับทีมพัฒนาระบบ



**ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ** คณะผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาระบบเพื่อร่วมกันกำหนดแผนการพัฒนาระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ

**ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน** 1) ทีมพัฒนาออกแบบระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 1 2) นำ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 1 ให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติได้ทวนสอบ

**ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ** คณะผู้วิจัยสรุปผลการประเมิน (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 1 พบว่า ยังพบข้อจำกัดด้านความชัดเจนของการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี รวมถึงขาดความเชื่อมโยงกับทฤษฎีการพยาบาลชีวิตระยะท้ายที่ส่งมอบอย่างเป็นรูปธรรม

#### วงรอบที่ 2

**ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์** ทบทวนประเด็นความชัดเจนและเป็นไปได้ของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง รวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลชีวิตระยะท้ายที่ส่งมอบในบริบทจริงร่วมกับทีมพัฒนาระบบ

**ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ** วางแผนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้ได้ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 2

**ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน** 1) ทีมพัฒนาออกแบบระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 2 2) นำ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 2 ให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติได้ทวนสอบ 3) นำ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 2 ให้ตัวแทนพยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้ทวนสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 4) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะได้ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 3 และ 5) พัฒนารายละเอียด (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 3 ออกมาเป็นคู่มือระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่ส่งมอบซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคลด้วยแผนการดูแล 5 ระยะ ขับเคลื่อนผ่านแนวคิดทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่ส่งมอบ การจัดการรายกรณี การพยาบาลเจ้าของใช้กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล

**ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ** สรุปผลการประเมิน (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 3 พบว่า ยังพบข้อจำกัดด้านความน่าเชื่อถือของระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ที่เป็นรูปธรรม

#### วงรอบที่ 3

**ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์** ทบทวนประเด็นความน่าเชื่อถือของระบบการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมร่วมหาแนวทางสู่มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ นำสู่การใช้ได้จริงอย่างเต็มประสิทธิภาพร่วมกับทีมพัฒนาระบบ

**ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ** วางแผนนำร่างระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

**ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน** 1) นำร่างระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ต้นแบบฉบับที่ 3 และคู่มือระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่ส่งมอบไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง 7 คน จนกระทั่งได้ระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2) นำเครื่องมือวัดผลลัพธ์ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแล กลุ่มละ 10 คน

**ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ** คณะผู้วิจัย ตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติ และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมสรุปประเด็นคุณภาพเครื่องมือระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ความเป็นไปได้ในการนำสู่การทดลองใช้ในกลุ่มเล็ก

#### วงรอบที่ 4

**ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์** ทบทวนประเด็นความเป็นไปได้ของระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ที่เป็นที่ยอมรับสู่การปฏิบัติร่วมกับตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

**ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ** 1) วางแผนนำร่างระบบการพยาบาลไว้รอยต่อฯ ไปทดลองใช้เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค 2) วางแผนเตรียมความพร้อมของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย



**ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน** 1) นำข้อมูลนำเข้าเปรียบเทียบระหว่างระบบการพยาบาลเดิมกับระบบพยาบาลไร้รอยต่อฯ ให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติได้ทวนสอบทำความเข้าใจ 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มเป้าหมายพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 178 คน 3) การทดลองใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแลนำร่องกลุ่มละ 4 คน ทวนสอบทำความเข้าใจการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ให้ตรงกันตามคู่มือระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่สงบ 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการและผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ก่อนนำระบบไปใช้จริง

**ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ** คณะผู้วิจัย ตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติ และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมสรุปประเด็น แนวทาง ความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การทดลองใช้จริง

**ระยะที่ 3** การประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ (กุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568) ด้วยการนำระบบไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในระยะคงที่ สู่ระยะเปลี่ยนผ่านระยะสุดท้าย รวมถึงระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ตามลำดับ รวมระยะเวลาติดตามรายละเอียดประมาณ 24 สัปดาห์ มีการประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากการสุ่มแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS)  $\geq 70$  จำนวนขนาดตัวอย่างตามสูตรสำหรับ Sample size for a two-sample t-test ด้วยโปรแกรม G\*Power โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย จากการศึกษานำร่องผู้ดูแลจำนวน 10 คน Mean1 (S.D.1) = 155.90 (12.21), Mean2 (S.D.2) = 142.20 (14.98) ได้ค่า Effect size = 1.003 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ 80% ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน สรุปขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน และผู้ดูแลใช้การสุ่มแบบเจาะจงสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนข้อมูลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง พัฒนาเป็นคู่มือระบบการพยาบาลไร้รอยต่อเพื่อชีวิตที่สงบ ครอบคลุมแผนการพยาบาลใน 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะจัดการอาการและการดูแลแบบองค์รวม 3) ระยะการบริหารจัดการและการประสานงาน 4) ระยะดูแลระยะท้าย และ 5) ระยะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ด้วยการดูแลคนละประมาณ 24 สัปดาห์ ผ่าน 5 แนวคิด ประกอบด้วย ทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายการณิการพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล โดยมีผู้จัดการรายการณิการเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหวิชาชีพ ผ่านการประเมิน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประเมินผล ซึ่งระบบการดูแลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานเป็นการออกแบบรายบุคคลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการพยาบาลแบบไร้รอยต่อทั้ง 5 ระยะ ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

2) เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ข้อมูลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะอาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง คะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2.2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ข้อมูลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะอาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.3) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale: POS)<sup>15</sup> ออกแบบมาเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล





แบบประคับประคองและครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผล หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

2.4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Functional Assessment of Cancer Therapy – General: FACT-G) ที่สร้างโดย Cella ในปี 1994 ใช้ FACT-G ฉบับภาษาไทย<sup>16</sup> มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อที่ครอบคลุมการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความผาสุกร่างกาย ด้านความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว ด้านอารมณ์/ จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี

2.5) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ<sup>14</sup> โดยปรับจากแบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของ พัทธวีรัตน์ อันสีแก้ว<sup>17</sup> และศิริธัญญา พิมพ์วิชัย<sup>18</sup> แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบ และด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยในระดับสูง

2.6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563<sup>19</sup> โดยการปรับคำถามให้ครอบคลุมตลอดช่วงเวลาขณะผู้ป่วยอยู่ในระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไป ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไป ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไปในระดับสูง

2.7) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไป ใช้การสังเกตการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไป ที่ระบุไว้ 5 ระยะ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไป ที่พัฒนาขึ้น โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ตามระยะของการดูแล ได้แก่ 1) ระยะประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะจัดการอาการและการดูแลแบบองค์รวม 3) ระยะการบริหารจัดการและการประสานงาน 4) ระยะดูแลระยะท้าย และ 5) ระยะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียผ่านกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการดูแล การให้การพยาบาลตามแผน และการประเมินผลการให้การพยาบาล ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้มีการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตจำนวน 3 คน หาร้อยละของการประเมินที่เหมือนกัน (Percent agreement) ได้เท่ากับ 1

2.8) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไป แบบสอบถามมีข้อคำถาม 5 ข้อ คือ 1) มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ 2) เนื้อหามีความชัดเจน 3) สามารถนำไปปฏิบัติได้ 4) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และ 5) เห็นด้วยกับการใช้ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยระดับมาก เห็นด้วยระดับปานกลาง และเห็นด้วยระดับน้อย<sup>20</sup> คะแนนรวมมาก หมายถึง บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ไปในระดับมาก

เครื่องมือวิจัยตรวจสอบคุณภาพด้วยความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคอง 7 คน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประธานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง 2 คน พยาบาลระดับนโยบาย 1 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน ผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ (CVI = 0.92) สำหรับการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.86, 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ



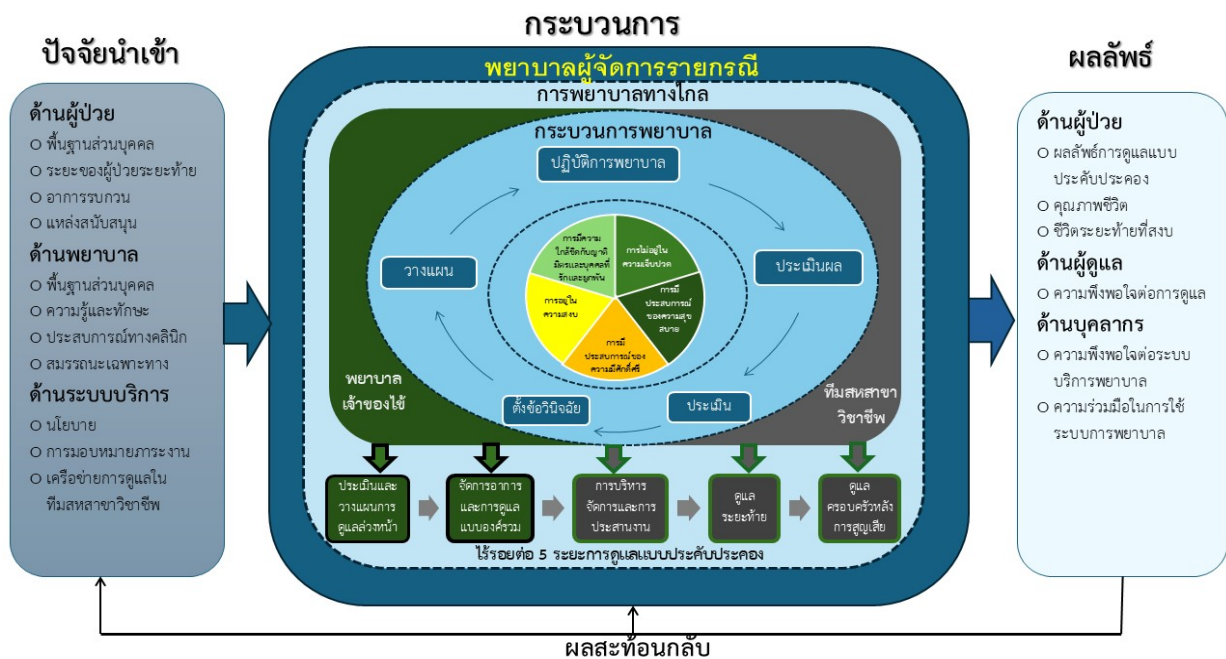
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ตัวแปรตามทุกตัวข้อมูลเป็นโค้งปกติจากทดสอบด้วย Kolmogorov Smirnov test  $p > .05$ ) ใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ สถิติที่ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  และ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## ผลการวิจัย

### ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ขาดเครือข่ายพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะในบริบท ภายในโรงพยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้และทักษะไม่เท่ากัน 3) ระบบการดูแลยังขาดความต่อเนื่อง (เป็นไปในเชิงรับ) 4) ขาดสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 5) ขาดอัตลักษณ์การดูแลที่สะท้อนความเป็นวิชาชีพ และ 6) ขาดการสะท้อน ผลลัพธ์ที่โดดเด่นในเชิงวิชาชีพ จากปัญหานำสู่ข้อเสนอที่สำคัญสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลไร้รอยต่อฯ เพื่อให้เกิดการดูแล ต่อเนื่อง สะท้อนผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และแสดงถึงเอกลักษณ์ขององค์ความรู้ในเชิงวิชาชีพได้ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ผ่านกระบวนการ วิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนพัฒนาระบบฯ การดำเนินการ การติดตามและประเมินผลสู่การสะท้อนผลลัพธ์อย่างเป็นระบบและปรับปรุงเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องที่ตอบสนอง ความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถสะท้อนภาพการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพจนกระทั่งได้ระบบ การพยาบาลไร้รอยต่อฯ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

อธิบายได้ว่า ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมไปถึงผลสะท้อนกลับจากผลลัพธ์ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนระบบให้มีประสิทธิภาพ





**ปัจจัยนำเข้า** ปัจจัยนำเข้ามีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบบริการ ด้านผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตพื้นฐานของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่ประเด็นที่สำคัญทั้งเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ล้วนเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการกระบวนการดูแลและผลลัพธ์จากการดูแลที่ดี กรณีที่ผู้ป่วยมีพื้นฐานที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะก้าวผ่านระยะนี้ไปได้ ส่วนด้านพยาบาลทั้งข้อมูลพื้นฐานของบุคลากรทางการพยาบาล คือ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การดูแล รวมถึงการผ่านการอบรมเฉพาะทาง ล้วนเป็นเหตุปัจจัยเสริมให้เกิดกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ปัจจัยด้านระบบบริการก็ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยนำเข้าที่สำคัญทั้งการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในหน่วยบริการทุกระดับ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ รวมทั้งวางระบบบริการในภาพเครือข่ายสหวิชาชีพให้ชัดเจนสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**กระบวนการ** กระบวนการประกอบด้วยการดูแล 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะจัดการอาการและการดูแลแบบองค์รวม 3) ระยะการบริหารจัดการและการประสานงาน 4) ระยะดูแลระยะท้าย 5) ระยะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ขับเคลื่อนผ่าน 5 แนวคิด ประกอบด้วย ทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายการณิ การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล การมีผู้จัดการรายการณิเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสาน การดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหวิชาชีพผ่านบทบาทที่สำคัญ 7 บทบาท ได้แก่ 1) ประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม 2) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย 3) ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือกันระหว่างสมาชิก ในทีมดูแลรักษา และให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมบุคลากรผู้มีส่วนร่วม ในการดูแล 5) เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย 6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้บริการสุขภาพ และสามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ และ 7) เอื้ออำนวยให้มีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว ระบบบริการหรือโรงพยาบาล เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีแก่ทุกฝ่าย<sup>21</sup> เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาล และระบบพยาบาลทางไกล ภายใต้การใช้กระบวนการ พยาบาลในการประเมิน วางแผน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประเมินผล เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ของระบบบริการพยาบาลแบบไร้รอยต่อทั้ง 5 ระยะ ให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

**ผลลัพธ์** สามารถมองผลลัพธ์หลักใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านบุคลากร ผลลัพธ์ที่ดีในมิติของผลลัพธ์ ทางการพยาบาลของผู้ป่วยระยะท้ายเหล่านี้ในเบื้องต้นต้องเน้นประเด็นการจัดการความทุกข์จากอาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมความสำเร็จในการจัดการความทุกข์จากอาการรบกวนและ ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่ชีวิต ระยะท้ายที่สงบได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อผลลัพธ์ในด้านผู้ดูแล คือ ความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองที่จะเป็น ผลเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ในด้านบุคลากร คือ เกิดความพึงพอใจ และร่วมมือในการใช้ระบบการพยาบาลทำให้สามารถยืนยันได้ถึง ผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ในทุกด้านทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านบุคลากร สำหรับระบบการดูแลของผู้ป่วยแต่ละ บุคคลจะมีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน แม้ว่าการดูแลจะเป็นไปในรูปแบบการออกแบบรายบุคคลแต่มีเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ เดียวกัน คือ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย และ ความพึงพอใจ ที่สามารถสะท้อนภาพการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ

ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน สำหรับผู้ป่วย กลุ่มควบคุมอีกจำนวน 23 คนได้รับการดูแลตามระบบปกติ ประเมินผลลัพธ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และ ด้านบุคลากร รายละเอียด ดังนี้



**1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย** ผู้ป่วยกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 60.22 ปี (S.D. = 13.10) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.87) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.26) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.91) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 43.48) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 73.91) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม (ร้อยละ 56.52) มีคะแนน PPS ขณะส่งปรึกษาครั้งแรกเฉลี่ย 73.04 (S.D. = 5.59) และส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 78.26) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.30 ปี (S.D. = 10.56) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.22) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.26) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.57) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 26.09) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 65.22) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม (ร้อยละ 60.87) มีคะแนน PPS ขณะส่งปรึกษาครั้งแรกเฉลี่ย 76.09 (S.D. = 7.83) และส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 65.22) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

**1.1) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง** ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเฉลี่ย (Mean = 18.61, S.D. = 4.21) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (Mean = 20.22, S.D. = 5.05) ต่อมาในสัปดาห์ที่ 4 คะแนนของกลุ่มทดลองลดลง (Mean = 15.74, S.D. = 4.75) ขณะที่กลุ่มควบคุมกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Mean = 22.04, S.D. = 5.75) และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงต่อเนื่อง (Mean = 10.13, S.D. = 5.74) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับสูง (Mean = 16.78, S.D. = 3.42) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .017$ ) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง วิธีการทดลองที่ต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และระยะเวลาของการทดลองที่ต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อส่งผลต่อการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแง่ของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 46 คน)

| ข้อมูล               | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | แหล่งความแปรปรวน        |        |         |
|----------------------|------------|------|-------------|------|-------------------------|--------|---------|
|                      | (n=23)     |      | (n=23)      |      | Mean Square             | F      | p-value |
|                      | Mean       | S.D. | Mean        | S.D. |                         |        |         |
| ผลลัพธ์การดูแลแบบ    |            |      |             |      | ระหว่างกลุ่ม            |        |         |
| ประคับประคอง         |            |      |             |      | วิธีการทดลอง            | 813.23 | 27.81   |
| (Palliative Outcome) |            |      |             |      | ความคลาดเคลื่อน         | 29.25  | < .001  |
| ก่อนทดลอง            | 18.61      | 4.21 | 20.22       | 5.05 | ภายในกลุ่ม              |        |         |
| สัปดาห์ที่ 4         | 15.74      | 4.75 | 22.04       | 5.75 | ระยะเวลา                | 500.55 | 23.58   |
| สัปดาห์ที่ 12        | 10.13      | 5.74 | 16.78       | 3.42 | วิธีการทดลองกับระยะเวลา | 91.25  | 4.30    |
|                      |            |      |             |      | ความคลาดเคลื่อน         | 21.23  | .017    |



**1.2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย** ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (Mean = 62.87, S.D. = 12.17) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (Mean = 65.52, S.D. = 10.77) ต่อมาในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น (Mean = 73.87, S.D. = 12.75) ขณะที่กลุ่มควบคุม (Mean = 69.96, S.D. = 12.96) และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูง (Mean = 81.91, S.D. = 9.24) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพียง (Mean = 67.30, S.D. = 4.37) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ ) แสดงว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต วิธีการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .012$ ) และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (Greenhouse-Geisser  $\epsilon = 0.88$ ) สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแง่ของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 46)

| ข้อมูล             | กลุ่มทดลอง (n=23) |       | กลุ่มควบคุม (n=23) |       | แหล่งความแปรปรวน        | Mean Square | F     | p-value |
|--------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|-------------------------|-------------|-------|---------|
|                    | Mean              | S.D.  | Mean               | S.D.  |                         |             |       |         |
| <b>คุณภาพชีวิต</b> |                   |       |                    |       | <b>ระหว่างกลุ่ม</b>     |             |       |         |
| (Quality of life)  |                   |       |                    |       | วิธีการทดลอง            | 965.40      | 6.85  | .012    |
| ก่อนทดลอง          | 62.87             | 12.17 | 65.52              | 10.77 | ความคลาดเคลื่อน         | 140.84      |       |         |
| สัปดาห์ที่ 4       | 73.87             | 12.75 | 69.96              | 12.96 | <b>ภายในกลุ่ม</b>       |             |       |         |
| สัปดาห์ที่ 12      | 81.91             | 9.24  | 67.30              | 4.37  | ระยะเวลา                | 1527.18     | 12.87 | .001    |
|                    |                   |       |                    |       | วิธีการทดลองกับระยะเวลา | 992.16      | 8.36  | .001    |
|                    |                   |       |                    |       | ความคลาดเคลื่อน         | 118.64      |       |         |

Greenhouse-Geisser  $\epsilon = 0.88$

### 1.3) การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย

**ตารางที่ 3** แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 23) และกลุ่มควบคุม (n = 23)

| ด้าน                                            | กลุ่มทดลอง (n=23) |       | กลุ่มควบคุม (n=23) |       | p-value |
|-------------------------------------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|---------|
|                                                 | Mean              | S.D.  | Mean               | S.D.  |         |
| การไม่อยู่ในความเจ็บปวด                         | 29.78             | 3.79  | 22.83              | 5.96  | <.001   |
| การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย                   | 31.30             | 3.14  | 25.87              | 5.12  | <.001   |
| การมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี                   | 30.13             | 2.99  | 27.70              | 4.62  | .039    |
| การอยู่ในความสงบ                                | 43.08             | 3.94  | 39.13              | 6.29  | .014    |
| มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน | 28.9              | 2.8   | 27.48              | 3.94  | .153    |
| คะแนนรวมการรับรู้ชีวิตระยะท้ายที่สงบฯ           | 163.26            | 13.54 | 143                | 22.37 | <.001   |
| (Peaceful end of life perception)               |                   |       |                    |       |         |



จากข้อมูล ในตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยรายด้าน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อมีคะแนนการรับรู้ชีวิตระยะท้ายที่สงบด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี และด้านการอยู่ในความสงบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $<.001$ ,  $<.001$ ,  $.039$ , และ  $.014$  ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพันพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อมีคะแนนสูงกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญ ( $p = .153$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยโดยรวมพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ (Mean = 163.26, S.D. = 13.54) มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติ (Mean = 143.00, S.D. = 22.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p < .001$

**2) ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล** ผู้ดูแลกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 44.74 ปี (S.D. = 15.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.22) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.57) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.83) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47.83) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 82.61) และความสัมพันธ์ คือ เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 43.48) ส่วนกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 44.57 ปี (S.D. = 13.32) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.96) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.57) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.13) ทำงานบ้าน (ร้อยละ 21.74) เท่ากันกับประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.74) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 69.57) และความสัมพันธ์ คือ เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 47.83) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

**ตารางที่ 4** แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 23$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 23$ )

| ข้อมูล                                                                                          | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | p-value |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|-------------|------|---------|
|                                                                                                 | Mean       | S.D. | Mean        | S.D. |         |
| ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง<br>(Caregiver's satisfaction on palliative care) | 43.57      | 3.50 | 37.65       | 5.62 | $<.001$ |

จากข้อมูลในตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ (Mean = 43.57, S.D. = 3.50) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติ (Mean = 37.65, S.D. = 5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p < .001$

จากการนำระบบการพยาบาลไร้รอยต่อไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 23 ราย พบว่า บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ พบว่าความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

## การอภิปรายผล

จากสภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนำสู่การพัฒนาการพยาบาลไร้รอยต่อผ่านกระบวนการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart<sup>13</sup> ประกอบด้วยกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) และนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนแก้ปัญหา หรือสิ่งที่ เป็นข้อจำกัดต่อระบบการพยาบาลไร้รอยต่อให้หมดไปได้ ทำให้ได้ระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท รวมทั้งมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในเครือข่าย มีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่สงบที่มีมาตรฐานตามทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบผ่านระบบการพยาบาลรายกรณี การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาลและ การพยาบาลทางไกล ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบการพยาบาลทั้งในมิติกระบวนการ และผลลัพธ์ ก่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดผลลัพธ์



ที่ดีตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาว่า กระบวนการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart<sup>13</sup> สามารถช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี<sup>22-24</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง<sup>17</sup> คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย<sup>18,25,26</sup> การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยระยะท้าย<sup>17,18,27,28</sup> ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง<sup>25,29</sup> รวมถึงความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคอง<sup>25,29</sup> อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเหล่านี้นำไปสู่ความร่วมมือและความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีได้ นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินการตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น สิ่งที่สำคัญนอกจากพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการในเครือข่ายแล้วพยาบาลผู้รับผิดชอบหลักที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็ถือเป็นแกนหลักที่สำคัญที่จะสานต่อความต่อเนื่องของการดูแลตามระบบนี้ผ่านบทบาททั้ง 7 ด้าน<sup>21</sup> ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่จะส่งผลให้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ นี้ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

## สรุป

ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ที่พัฒนาขึ้นจากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้แนวคิดทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายกรณี การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล เมื่อนำไปใช้พบว่า ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง รวมไปถึงความร่วมมือและความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

## ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้พบข้อจำกัดใน 2 ประเด็น คือ

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลยังจำกัดอยู่ในกลุ่มที่สามารถพัฒนาทักษะและความรอบรู้เทคโนโลยีสารสนเทศได้เท่านั้น
2. ระยะทดลองใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ แม้ว่าข้อมูลพื้นฐานประเด็นเพศไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็เห็นแนวโน้มความแตกต่างจึงควรพิจารณาเป็นข้อสังเกตว่าอาจมีผลต่อตัวแปรตามด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนำสู่ข้อเสนอแนะประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านข้อเสนอเชิงนโยบาย จากผลลัพธ์ที่ดีของการนำระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ไปใช้ เมื่อพิจารณาระบบทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกับโอกาสพัฒนาของระบบการพยาบาลที่มีอยู่เดิมนำสู่ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในการขับเคลื่อนระบบบริการพยาบาลผ่านโครงสร้าง กลไก และแนวทางในระดับชาติ สรุปได้ ดังนี้ 1) จากแนวโน้มความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อพิจารณาพร้อมกับสมรรถนะก่อนอบรมของพยาบาลวิชาชีพควรมีการปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพ และพัฒนาหลักสูตรต่อยอดเฉพาะทางผู้จัดการรายกรณีเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความยุ่งยากซับซ้อน 2) ระบุภารกิจผู้จัดการรายกรณีในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการจัดการทั้งระบบบริการและข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับบริการในเครือข่าย 3) การพยาบาลทางไกลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจึงควรสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการโดยเฉพาะการพยาบาลทางไกล และ 4) ควรปรับตัวชีวิตในแผนบริการสุขภาพทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ให้สะท้อนการตายดีด้วยการผ่านระยะท้ายของชีวิตที่สงบ





2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระบบเครือข่ายระดับจังหวัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านชีวิตระยะท้ายได้อย่างมีชีวิตระยะท้ายที่สงบได้

3. ด้านการวิจัย 1) ควรมีการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในเชิงการพัฒนาระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อฯ ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นต้น 2) ควรมีการขยายระดับของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อฯ ให้มีกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น เช่น ระดับเขตสุขภาพ เป็นต้น 3) ควรมีการทำวิจัยซ้ำด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มงวดมากขึ้น ได้แก่ การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized control trial) เป็นต้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมวิพากษ์และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพทุกท่านในเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง

### References

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*. 2021;149:778-89. doi:10.1002/ijc.33588.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660.
3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Bova AR. The importance of palliative care in patient therapy. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2017;7(12):556-7.
5. Areia NP, Fonseca G, Major S, Relvas AP. Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative & Supportive Care*. 2019;17(3):286-93. doi:10.1017/S1478951518000044.
6. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, White DB, Chu E, Smith KJ, et al. Effect of an oncology nurse-led primary palliative care intervention on patients with advanced cancer: The CONNECT cluster randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2021;181(11):1451-60. doi:10.1001/jamainternmed.2021.5185.
7. Cerni J, Rhee J, Hosseinzadeh H. End of life palliative care resource utilization in cancer care: A focus on the urban-rural continuum. *Journal of Clinical Oncology*. 2019;17(4):4955. doi:10.1200/jco.2019.37.31\_suppl.52.
8. Ministry of Public Health. Ministry of public health strategic plan, fiscal year 2017. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health Thailand; 2017. (in Thai)
9. Health Data Center, Ministry of Public Health, Thailand. Data support service plan (Intermediate & Palliative care) [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5>. (in Thai)
10. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*. 1994;9:353-70. doi:10.1093/heapol/9.4.353.



11. Pomrattanakavee P, Srichan T, Seetalarom K, Saichaemchan S, Oer-Areemitr N, Prasongsook N. Impact of interprofessional collaborative practice in palliative care on outcomes for advanced cancer inpatients in a resource-limited setting. *BMC Palliative Care*. 2022;21(1):229. doi:10.1186/s12904-022-01121-0.
12. Sekse RJT, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;17(1-2):e21-e38. doi:10.1111/jocn.13912.
13. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3<sup>rd</sup> ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*. 1998;46(4):169-75. doi:10.1016/s0029-6554(98)90069-0.
15. Sapinan L. Manual for palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher; 2013. (in Thai)
16. Ratanatharathorn V, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailamai P, et al. Quality of life, functional assessment of cancer therapy general. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2001;84(10):1430-42. (in Thai)
17. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The effects of an end of life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2018. (in Thai)
18. Pimvichai P. The effects of a nurse-led peace program on perceived peaceful end of life and quality of life among head and neck cancer patients ongoing concurrent chemoradiation. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)
19. Nursing Division. Guidelines for collecting nursing service quality development indicators for fiscal year 2020. Bangkok: Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
20. Rukwong P, Sukwanichchareon K, Rianwathi C. The effect of knowledge management based clinical nursing practice guidelines on prevention of chemotherapy-induced neutropenia in cancer patients. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020;36(2):26-37. (in Thai)
21. Nantachaipan P. Case management in palliative care. *Nursing Journal CMU*. 2015;42(1):153-8. (in Thai)
22. Suyasa P. The development of a palliative care system for cancer patients at Na yai am hospital, Chanthaburi province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2023;40(3):311-9. (in Thai)
23. Luangphimai S. Development of home care for terminally patients supportive Don Chan hospital, Kalasin province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*. 2023;3(1):44-53. (in Thai)
24. Nuengwongsa M, Sansri N, Kakarndee A, Naruenatthanasat N. The development palliative care system Mahasarakham hospital. *Mahasarakham hospital Journal*. 2024;21(1):216-30. (in Thai)
25. Luangon P, Nakarit K. The development of the palliative care system for end of life patients by using tele-nursing, Ranong hospital. *Journal of Health Research and Innovation*. 2023;6(2):e265471. (in Thai)
26. Wongkalasin K, Matchim Y, Kanhasing R, Kanan P. Effects of end of life care program on illness uncertainty and distressing symptoms in patients with lung cancer. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)



27. Onanong W, Matchim Y, Chatrkaw P, Armer JM. The effects of a peaceful end of life care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy. *Science & Technology Asia*. 2020;25(3):131–40. (in Thai)
28. Trakoolngamden B, Monkong S, Chaiviboontham S, Satitvipawee P, Runglodvatana Y. Effect of a peaceful end of life care program on perceived good death in people with advanced cancer and their family caregivers. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2025;10.1097. doi: 10.1097/NJH.0000000000001100.
29. Maneetapo N, Choosri P, Jedsadayanmetha S, Tuandeang P, Sittisart V. Development of a palliative nursing care system. *Journal of Nursing and Health care*. 2022;40(4):e260167. (in Thai)