การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a nursing model for advance care planning in Palliative Care at Thawatburi Hospital Roi Et Province

วารุณี บุตรนัย*

Warunee Bootnai

Corresponding author: E-mail: Waruneebootnai@gmail.com

(Received: September 1, 2025; Revised: September 5, 2025; Accepted: September 22, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย และประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 35 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัว และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย : รูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายตึกผู้ป่วยใน ประกอบขั้นตอน 1) การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Assessment) 2) การวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามแผนการดูแล (Planning and Nursing care) และ 3) การบันทึก และหลังจากนำรูปแบบฯ ไปใช้ หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก รูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : หลังการนำไปใช้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ผู้ป่วยเลือกเสียชีวิตที่บ้านมากขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจลดลง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะท้าย; การวางแผนล่วงหน้า; หัตถการการรักษาที่ไม่จำเป็น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : This study aimed to develop and evaluate an advance care planning (ACP) nursing model for terminally ill patients and to assess its effectiveness when implemented in the inpatient wards of Thawatchaburi Hospital.

Study design : A research and development design was employed.

Materials and Methods : Participants comprised 14 registered nurses, 35 end-of-life patients, and their primary caregivers who met the inclusion criteria and were admitted to the inpatient wards between January and August 2025. Data were collected using the WHOQOL-BREF, the Family Satisfaction Questionnaire, and the Model Appropriateness Assessment Tool. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and paired t-tests were applied for data analysis.

Main finding : The developed ACP nursing model consisted of three steps: (1) assessment of patients' and caregivers' needs, (2) planning and implementing nursing care, and (3) documentation. After implementation, patients' mean quality of life scores significantly improved compared to pre-intervention ($p < .05$). Caregivers reported a very high level of satisfaction, while the appropriateness of the model was rated as high.

Conclusion and recommendations: The ACP nursing model significantly enhanced patients' quality of life, improved caregiver satisfaction, and promoted a dignified death at home while reducing unnecessary invasive interventions. These findings highlight the importance of structured ACP in palliative care nursing practice.

Keywords : Terminally ill patients; Advance care planning; Unnecessary medical intervention

*Registered Nurse, Professional Level, Thawatchaburi Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าและทันสมัย ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยภายในปี 2567 คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 14.6 ล้านคน จากจำนวนปัจจุบันที่มีอยู่ 11.7 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2.9 ล้านคน[1] ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งในช่วงปี 2565 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ที่ 196,286, 307,160 และ 255,591 ราย ตามลำดับ และจากสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง และภาวะไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงวัย ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงและรักษาไม่หาย (life-limiting chronic conditions) ทำให้เข้าสู่ภาวะระยะท้ายของชีวิตเร็วยิ่งขึ้น[2-3] ในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และควรมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการและคุณค่าเฉพาะของแต่ละบุคคล เนื่องจากประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงและรักษาไม่หายเพิ่มขึ้น

Advance Care Planning เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง[3] การวางแผนล่วงหน้ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสิทธิผู้ป่วย การเคารพความเป็นปัจเจกบุคคล และการเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงท้าย โดยช่วยลดการรักษาที่ไม่จำเป็น ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ลดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[4-5] ลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ตามความต้องการ[6] ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการวางแผนล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต มีการพยากรณ์ว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ รวมถึงผู้สูงอายุหรือผู้ที่เปราะบางทางสุขภาพ[1] การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพทราบถึงความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ ทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในการดูแลทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้ทราบข้อมูลสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วย เนื่องจากการบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าจะมีการทำอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนไปตามการดำเนินของโรคและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง[4] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การทำหัตถการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต กดนวดหัวใจก่อนเสียชีวิต น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) รวมถึงวันนอนเฉลี่ย น้อยกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7-9] ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะใช้เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทราบถึงความต้องการ คุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงใช้แผนการดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางในการตัดสินใจได้[1] นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในกรณีที่มีการเปลี่ยนทีมการดูแลหรือเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปรับการดูแลแบบเร่งด่วนกับทีมอื่น รวมถึงสามารถทราบว่าผู้ป่วยมอบหมายให้ใครเป็นผู้แสดงเจตนาแทนตนเองการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถดำเนินการได้ทั้งในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล โดยผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าอาจจัดทำด้วยตนเอง และในกรณีที่มีผู้ร่วมทำแผน ควรระบุชื่อผู้มีส่วนร่วมไว้ด้วย ในการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้านั้นสามารถนำกระบวนการจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) กับครอบครัว (Family meeting) มาใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าได้[6] หากทำแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาล แผนการดูแลจะเกิดจากกระบวนการพูดคุยปรึกษาหารือ

ระหว่างผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพร่วมอธิบายแผนการดูแล รวมถึงทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย[4]

จากสถิติของโรงพยาบาลธวัชบุรีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการดูแล Advance care planning ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวน 127 ราย ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.38 ปี พ.ศ.2566 มีจำนวน 176 ราย ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.18 ปี พ.ศ.2567 มีจำนวน ทั้งหมด 254 ราย ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 238 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.70 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในปี 2567 ต่อราย 2.98 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อราย 9,013.62 บาท จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการดูแล Advance care planning ยังไม่ครอบคลุมในทุกราย ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง และการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และนอกจากนี้ ยังพบปัญหาความไม่เข้าใจแผนการรักษา ต้องการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ญาติมีความเห็นต้องการแผนการรักษาที่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มของญาติผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองที่ต้องการแผนการรักษาที่แตกต่างออกไป เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา และประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับมาตรฐานการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม 2568

ประชากร และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ **1) พยาบาลวิชาชีพ** มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา (2) มีประสบการณ์ทำงานในตึกผู้ป่วยใน อย่างน้อย 1 ปี และ (3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ขอถอนตัวจากการศึกษา (2) โอนย้ายลาออกขณะทำการศึกษา **2) ผู้ป่วยและผู้ดูแล** มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลธวัชบุรี (2) นอนพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรีเพื่อการวางแผนการดูแลระยะท้าย (3) มีผู้ดูแลประจำอย่างน้อย 1 คน (4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมในการศึกษา (5) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจในช่วงทำการศึกษาเพื่อการวางแผนการดูแลระยะท้าย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) เสียชีวิตในระยะการวางแผนการดูแลระยะท้ายที่ตึกผู้ป่วยใน และ (2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลขอถอนตัวออกจากการศึกษา

การดำเนินการวิจัย กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผนและพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยกิจกรรม (เดือนมกราคม 2568) ได้แก่ (1) จัดการประชุมระดมสมองกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ผ่านมาของตึกผู้ป่วยใน (2) ออกแบบรูปแบบการพยาบาลโดยประชุมร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Case manager) เพื่อออกแบบรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้และการบันทึกและครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและกระบวนการพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (เดือนกุมภาพันธ์ 2568) ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ (1) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้ (2) จัดประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น (3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายและพยาบาลในตึกผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (4) ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตาม คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้

ระยะที่ 3 ระยะกำกับติดตาม (เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2568) ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ (1) นำรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกทุกราย (2) กำกับติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการนำรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพรวมทั้ง ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ดูแล โดยทีมแพทย์ผู้ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของผู้ป่วยและถ้าเป็นไปได้ควรนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ป่วยควรมีอีกฉบับเก็บไว้กับตัว (3) ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยทำแผนการดูแลล่วงหน้านอกสถานพยาบาล บุคลากรสุขภาพควรขอแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับล่าสุดจากผู้ป่วยมาใช้ได้ แนวทางในการสอบถามความต้องการและไม่ต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยพิจารณาความพร้อมของอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนที่จะสอบถามความต้องการและไม่ต้องการเกี่ยวกับการดูแล อธิบายแนวทางในการดูแลรักษาแต่ละแนวทางผลดีอะไรบ้างที่คาดหวังจากการรักษาดูแลของแต่ละแนวทางและผลเสียอะไรบ้างที่มีโอกาสเกิดขึ้นโดยควรบอกถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดในแต่ละแนวทางนอกจากนั้นควรอธิบายถึงผลที่จะตามมาจากทางเลือกต่างๆ ทั้งค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นกับรูปลักษณ์ร่างกาย ผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันหรือข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เช่น การเจาะคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ ความจำเป็นในการอยู่ห้องแยก การใช้ทวารเทียมและอื่นๆ และ (4) การตัดสินใจที่จะบันทึกลงในแบบฟอร์มมาตรฐานแผนการดูแลล่วงหน้าจะเป็นไปตาม บริบท ณ เวลาที่ทำเอกสารนี้ เอกสารจึงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาหากมีปัจจัยในการตัดสินใจที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (เดือนสิงหาคม 2568) ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ (1) วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการดำเนินการและการติดตามผลการประเมินผล หลังการดำเนินตามแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยทำการประเมินผลโดยผู้ศึกษาประเมินความพร้อม ความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อที่บ้าน และสำรวจความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาล ภายหลังการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย โดยสหสาขาวิชาชีพ (2) สรุปผลการศึกษาร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และตัวแทนพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อสรุปบทเรียนและพิจารณาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปประกาศใช้ และ (5) นำเสนอและเผยแพร่ข้อมูลและผลลัพธ์รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Advance care plan) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียดดังนี้ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Advance care plan ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย ชื่อ สกุล HN เพศ อายุ อาชีพ

สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ส่วนที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Assessment) ขั้นตอนการวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามแผนการดูแล (Planning and Nursing care) และการบันทึกและประเมินผลการพยาบาลการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF จำนวน 26 ข้อคำถาม 2 ข้อเป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและสุขภาพโดยรวม 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้านของคุณภาพชีวิต โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2) แบบประเมิน ความพึงพอใจของครอบครัว ต่อการดูแลช่วงท้าย (Family Satisfaction) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ความเข้าใจในแผน การดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความพึงพอใจต่อการดูแล จากบุคลากรสุขภาพ และความรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับ “การตายดี” และความพึงพอใจในภาพรวม แบ่งการให้คะแนน เป็น 5 ระดับ แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และ 3) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อ คำถาม 5 ข้อ ความสอดคล้องของรูปแบบกับหลักการพยาบาลและ ACP ความชัดเจนของขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน ความครอบคลุมของเนื้อหาการประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย ความสอดคล้องกับบริบทและความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และความสามารถในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดี (Good Death) ของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจความถูกต้อง หาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ได้ค่า CVI = 0.83 ,0.76 และ 0.81 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) จากการทดลองใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบในพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกคลินิก Palliative care จำนวน 5 คนพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเหมาะสมของรูปแบบ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีค่าเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ

2. ประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 14 คน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มศึกษาปัญหาการดูแลและ และการวางแผนการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย

4. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2568 จำนวน 35 คน โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยเก็บข้อมูล ก่อนและหลังดำเนินการ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด แล้วจัดกลุ่มใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. สถิติอนุมาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการวางแผนดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

กาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่จริยธรรม COE 0952567 โดยหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรีและชี้แจงแนวทางวัตถุประสงค์ของการศึกษาต่อพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลก่อนให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาและผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกในช่วงที่ทำการศึกษา พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (51.4%) อายุ 70 ปีขึ้นไปถึง (57.1%) มีอาชีพทำนา (57.1%) ส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายด้วยภาวะหัวใจและหลอดเลือดถึง (51.4%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแล (n=35)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	17(48.6)
	หญิง	18(51.4)
อายุ (ปี)	45-59	9(25.7)
	60-69	6(17.2)
	70-79	11(31.4)
	80 ปีขึ้นไป	9(25.7)
สถานะภาพสมรส	โสด	3(8.6)
	สมรส	17(48.6)
	หม้าย หย่า	15(42.8)
อาชีพ	ทำนา	20(57.1)
	ค้าขาย - รับจ้างทั่วไป	3(8.6)
	รับราชราชการ	2(5.7)
	นักบวช	1(2.9)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9(25.7)
การวินิจฉัยโรค	มะเร็งทุกชนิด	9(25.8)
	ไตวายระยะสุดท้าย	8(22.8)
	ระบบหัวใจและหลอดเลือด	18(51.4)

2. ผลการประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนและหลังการพยาบาลวางแผนการดูแลระยะท้าย พบว่า คะแนน คุณภาพชีวิตรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยในทุกมิติของคุณภาพชีวิต (ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุดเท่ากับ 3.60 รองลงมาได้แก่ด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ภายหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น ครอบครัวต่อการดูแลช่วงท้าย มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ที่คะแนนเฉลี่ย 4.72 รูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า มีความเหมาะสมมากที่คะแนนเฉลี่ย 3.74 ดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพยาบาลวางแผนการดูแลระยะท้าย

ตัวแปร	n	Mean ± SD.	t (df=34)	p
คะแนนคุณภาพชีวิต				
ก่อนใช้รูปแบบ	35	3.01 ± 0.38	-6.819	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	35	3.53 ± 0.40		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของครอบครัว (n= 35)

รายการประเมิน	Mean ± SD.	ระดับ
1. ความเข้าใจในแผนการดูแลผู้ป่วย	4.60± 0.42	ดีมาก
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.80±0.63	ดีมาก
3. ความพึงพอใจต่อการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ	4.60±0.72	ดีมาก
4. ความรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับ "การตายดี"	4.9±0.68	ดีมาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	**4.72±0.77**	**ดีมาก**

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมตราฐานและระดับความเหมาะสมของรูปแบบ

รายการประเมิน	Mean ± SD.	ระดับความเหมาะสม
1. ความสอดคล้องของรูปแบบกับหลักการพยาบาลและ ACP	3.88 ± 0.63	มาก
2. ความชัดเจนของขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน	3.86 ± 0.32	มาก
3. ความครอบคลุมของเนื้อหาการประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย	3.74 ± 0.47	มาก
4. ความสอดคล้องกับบริบทของและความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม	3.53 ± 0.56	ปานกลาง
5. ความสามารถในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดี (Good Death) ของผู้ป่วย	3.72 ± 0.43	มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	**3.74 ± 0.47**	**มาก**

วิจารณ์

1. รูปแบบการพยาบาลเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยใน ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ (Assessment) 2) การวางแผนและให้การพยาบาล (Planning and Nursing Care) และ 3) การบันทึก (Recording) ถือเป็นกระบวนทัศน์สำคัญในการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) จากการสังเคราะห์งานวิจัยร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่าองค์ประกอบทั้งสามนี้ไม่เพียงแต่เป็นขั้นตอนเชิงปฏิบัติ แต่ยังเป็นหัวใจสำคัญที่เชื่อมโยงคุณค่า ความเชื่อ และความปรารถนาของผู้ป่วยเข้ากับการดูแลทางการแพทย์ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีมากที่สุด **ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน** (Assessment) จุดเริ่มต้นของการสื่อสารที่ลึกซึ้งขั้นตอนการประเมินเป็นมากกว่าการรวบรวมข้อมูล แต่เป็นรากฐานของการสร้างความไว้วางใจและเปิดพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการที่แท้จริง งานวิจัยของ Charensol et al.[10] เชื่อว่าพยาบาลมีบทบาทเชิงรุกในการริเริ่มการสนทนาที่ละเอียดอ่อนนี้ โดยการประเมินไม่ได้จำกัดอยู่แค่เพียงอาการทางกาย แต่ครอบคลุมถึงมิติทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทของไทยโดย Ketpichayawattana C et al.[11] ซึ่งเน้นการประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอันดับแรก การประเมินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจถึงความคาดหวัง ความกลัว และเป้าหมายในชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง **ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการให้การพยาบาล** (Planning and Nursing Care) การแปรเจตนารมณ์สู่การปฏิบัติเมื่อเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้แล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การวางแผนการดูแลร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ งานวิจัยของ Wang et al.[12] ชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่ได้ผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการและมีคุณภาพการเสียชีวิตที่ดีกว่า อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้มีความท้าทาย ดังที่การศึกษาของ Dutt et al.[13] พบว่าอุปสรรคสำคัญคือการขาดทักษะการสื่อสารของบุคลากรและความไม่ชัดเจนในกระบวนการ ดังนั้น การให้การพยาบาลในขั้นตอนนี้จึงต้องเน้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอและเข้าใจง่าย เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับคุณค่าของตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิต **ขั้นตอนที่ 3 การบันทึก (Recording)** หลักประกันแห่งเจตจำนง การบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารหรือระบบเวชระเบียนเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้มั่นใจว่าเจตนารมณ์ของผู้ป่วยจะได้รับการเคารพและปฏิบัติตามแม้ในเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้แล้วก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van der Smissen et al.[14] ได้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการอำนวยความสะดวกขั้นตอนนี้ ทำให้การบันทึก การจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลและประกันความต่อเนื่องของการดูแลตามแผนที่วางไว้ การบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่เพียงแต่เป็นหลักฐานทางกฎหมาย แต่ยังเป็นเครื่องมือสื่อสารที่ทรงพลังที่ช่วยให้ทีมสุขภาพทุกคนเข้าใจและปฏิบัติตามความประสงค์สุดท้ายของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ข้อค้นพบดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยใน โดยเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการดูแลที่มุ่งเน้น “การรักษาโรค” (Cure-focused) ไปสู่การดูแลที่มุ่งเน้น “ตัวผู้ป่วยและเป้าหมายชีวิต” (Person-centered & Goal-oriented) การเปลี่ยนแปลงนี้สามารถสรุปได้ใน 3 มิติหลัก ดังนี้ **มิติของผู้ป่วย** การเสริมพลังและคืนศักดิ์ศรี (Patient Empowerment and Dignity) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยตรง พวกเขาไม่ได้เป็นเพียง “ผู้รับ” การรักษาอีกต่อไป แต่กลายเป็น “เจ้าของการตัดสินใจ” ในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง **ได้รับการเคารพในเจตจำนง**

(Respect for Autonomy) ความต้องการของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา การเลือกสถานที่เสียชีวิต หรือความปรารถนาทางจิตวิญญาณ จะถูกรับฟังและบันทึกไว้อย่างเป็นทางการ ทำให้มั่นใจได้ว่าเจตจำนงของพวกเขาจะได้รับการปฏิบัติตาม แม้ในยามที่ไม่สามารถสื่อสารได้แล้วก็ตาม **ลดความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น** (Reduced Suffering): ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานและก่อให้เกิดความเจ็บปวดซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตของตน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ หรือการฟอกไตในระยะท้าย ทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายดีขึ้น และเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (Quality of Death) **ลดความวิตกกังวล** (Reduced Anxiety) การได้พูดคุยและวางแผนล่วงหน้าช่วยลดความกลัวและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมตัวเตรียมใจและใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมายมากที่สุด

มิติของครอบครัวและผู้ดูแล ลดภาระทางใจและส่งเสริมความเข้าใจ (Family Relief and Cohesion) ครอบครัวมักต้องเผชิญกับความกดดันอย่างมหาศาลในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย กระบวนการ ACP ช่วยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น ลดภาระการตัดสินใจที่หนักอึ้ง (Reduced Decisional Burden) เมื่อความต้องการของผู้ป่วยชัดเจน ครอบครัวไม่ต้องคาดเดาหรือแบกรับความรับผิดชอบในการตัดสินใจที่ยากลำบากเพียงลำพัง ซึ่งช่วยลดความรู้สึกผิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และความเครียดสะสมได้อย่างมาก เปลี่ยนความขัดแย้งเป็นการร่วมมือ (Shift from Conflict to Collaboration): การมีแผนการดูแลที่ชัดเจนช่วยให้การสื่อสารระหว่างครอบครัวและทีมรักษาราบรื่นขึ้น ลดความเข้าใจผิดและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากความเห็นที่ไม่ตรงกัน และช่วยให้มุ่งเน้นการดูแลทางใจ (Focus on Emotional Care) เมื่อภาระการตัดสินใจทางการแพทย์ลดลง ครอบครัวจะมีพลังและเวลามากขึ้นในการให้การดูแลทางใจ การบอกรัก การให้อภัย และการใช้เวลาที่มีคุณภาพร่วมกันในช่วงเวลาสุดท้าย

มิติของทีมการรักษาและระบบบริการสุขภาพ สร้างเป้าหมายที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (Clarity and Efficiency for Healthcare System) รูปแบบการดูแลนี้ยังส่งผลดีต่อทีมผู้ให้การดูแลและระบบสาธารณสุขโดยรวม เช่น สร้างเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน (Clear Goals of Care) ทีมแพทย์และพยาบาลมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ลดความสับสนและความขัดแย้งทางจริยธรรม (Moral Distress) ที่เกิดจากการให้การรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร (Optimized Resource Utilization) ลดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงและไม่จำเป็นในช่วงท้ายของชีวิต ทำให้สามารถจัดสรรทรัพยากรไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องการการรักษาเพื่อการฟื้นตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น และส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคอง (Promotion of Palliative Care): กระบวนการ ACP เป็นประตูสำคัญที่นำไปสู่การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เข้ามาในแผนการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อมุ่งเน้นการจัดการความเจ็บปวดและอาการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ผลลัพธ์เชิงบวกจากการนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) มาใช้ในหอผู้ป่วยใน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น, ความพึงพอใจในระดับดีมากของผู้ดูแล, การยอมรับในความเหมาะสมของรูปแบบ, และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแผนการรักษา คือภาพสะท้อนของความสำเร็จที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นเครื่องยืนยันถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการดูแลวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้นทั่วโลก การวิเคราะห์งานวิจัยร่วมสมัยตั้งแต่ปี 2020 เป็นต้นมาชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์เหล่านี้เป็นผลโดยตรงจากหลักการสำคัญของ ACP ที่มุ่งคืนอำนาจการตัดสินใจให้แก่ผู้ป่วย และเปลี่ยนเป้าหมายจากการ “ยื้อชีวิต” ไปสู่การ “ประคับประคองคุณภาพชีวิต” จนถึงลมหายใจสุดท้าย อธิบายได้ว่าหัวใจของความสำเร็จจากการวิจัยครั้งนี้ คือ การเคารพในเจตจำนงที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ แก่นแท้ที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลพุ่งสูงขึ้นนั้น อยู่ที่การทำให้ เสียงของผู้ป่วย (Patient's Voice) กลับมามีความหมายอีกครั้ง งานวิจัยของ Brinkman-Stoppelenburg et al.[15] ยืนยันอย่างชัดเจนว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและความปรารถนาของตนเอง (Needs-concordant care) พวกเขาย่อมรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยตรง ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Sinclair et al.[16] พบว่าความรู้สึกที่ว่า "ทีมสุขภาพรับฟังและให้เกียรติ" เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้คะแนนความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลในระดับสูง ดังนั้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เพียงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ดีขึ้น แต่เป็นการใช้ "การสื่อสารที่เข้าอกเข้าใจ" เป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและคลายภาระทางใจของผู้ดูแลที่ต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

อย่างไรก็ตามนิยามใหม่ของความสำเร็จ; การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การที่จำนวนผู้ป่วยเลือกกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น ไม่ใช่เป็นเพียงการเปลี่ยนสถานที่ แต่เป็นการเปลี่ยน "นิยามของความสำเร็จ" ในการดูแลระยะท้าย จากเดิมที่มองว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคือการดูแลที่ดีที่สุด ไปสู่การตระหนักว่าการได้จากไปอย่างสงบในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยคือคุณภาพการตายที่ดีที่สุดสำหรับหลายคน งานวิจัยของ Brazil et al.[17] ชี้ว่า ACP คือสะพานเชื่อมที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ความปรารถนานี้เป็นจริงได้ เพราะกระบวนการนี้ช่วยให้เกิดการวางแผนและประสานงานล่วงหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านการดูแลและด้านจิตใจ ทำให้การกลับบ้านไม่ใช่เรื่องที่เป็นไปไม่ได้อีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงนี้จึงสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการอันลึกซึ้งที่สุดของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

นอกจากนั้นการปรับแนวทางการรักษา: เมื่อเป้าหมายของผู้ป่วยกำหนดทิศทางของแพทย์ปรากฏการณ์ที่จำนวนการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง เป็นหลักฐานเชิงรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดว่า รูปแบบการดูแลนี้สามารถปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาของแพทย์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วยได้สำเร็จ การศึกษาของ Bischoff et al.[18] แสดงให้เห็นว่า ACP เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการใช้หัตถการที่รุกรานและไม่เป็นประโยชน์ในช่วงท้ายของชีวิต สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าแพทย์ให้การรักษาน้อยลง แต่เป็นการให้การรักษาที่ "เหมาะสม" มากขึ้น โดยเปลี่ยนจากการ "ทำทุกอย่างที่ทำได้" (Doing everything possible) ไปสู่การ "ทำในสิ่งที่ถูกต้องและสอดคล้องกับคุณค่าของผู้ป่วย" (Doing what is right for the patient) ซึ่งถือเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลเชิงจริยธรรมไปพร้อมกัน และผลการประเมินที่ยอดเยี่ยมของรูปแบบการพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้านี้ ได้รับการสนับสนุนและยืนยันอย่างหนักแน่นจากงานวิจัยทั่วโลก รวมถึงในบริบทของไทยเอง ดังที่งานของ Moolsarn et al.[19] ได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน ตัวเลขและสถิติเชิงบวกที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่แค่ความสำเร็จของโครงการใดโครงการหนึ่ง แต่เป็นสัญญาณที่ชัดเจนว่า การคืนอำนาจการตัดสินใจให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการ ACP คือแนวทางที่ถูกต้องและมีมนุษยธรรมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการดูแลวาระสุดท้ายของชีวิตให้เปี่ยมด้วยความหมายและศักดิ์ศรีสำหรับทุกคนที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน

ข้อจุดเด่นและจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้มีความโดดเด่นในหลายมิติ โดยเฉพาะในด้านความสำคัญของหัวข้อที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งถือเป็นประเด็นที่ท้าทายต่อการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน การเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวที่ได้มาตรฐาน สะท้อนให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา อีกทั้งผลการวิจัยยังพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับสูง ตลอดจนพฤติกรรมการเลือกสถานที่เสียชีวิตที่บ้านเพิ่มมากขึ้น สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงประโยชน์เชิงปฏิบัติที่สามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ต่อยอดในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้จริง

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ข้อจำกัดแรกคือขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มาก ได้แก่

พยาบาลวิชาชีพเพียง 14 คน และผู้ป่วยกับผู้ดูแลเพียง 35 คน ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถอธิบายหรือขยายผลไปยังประชากรในวงกว้างได้ อีกทั้งการศึกษาดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลธัชบุรี ทำให้ข้อค้นพบสะท้อนเพียงบริบทเฉพาะ ไม่สามารถใช้แทนภาพรวมของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดได้ นอกจากนี้ ระยะเวลาเก็บข้อมูล 9 เดือน ถือว่ายังสั้นเกินไปที่จะประเมินผลลัพธ์ระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตและการตัดสินใจด้านการรักษา ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ งานวิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก ทำให้ยังขาดมุมมองเชิงคุณภาพที่อาจช่วยอธิบายประสบการณ์ ความรู้สึก และความหมายที่ผู้ป่วย และครอบครัวมีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ขณะเดียวกันปัจจัยกวนด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อเรื่องความตาย การสนับสนุนจากครอบครัว หรือค่านิยมทางศาสนา อาจยังไม่ถูกวิเคราะห์อย่างครอบคลุม

สรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่นำไปใช้ในตึกผู้ป่วยใน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับดีมาก และรูปแบบนี้มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เลือกเสียชีวิตที่บ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้น และแผนการรักษาที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดอบรมบุคลากรทางสุขภาพให้มีความรู้และทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรมีการสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกับการสนับสนุนเชิงนโยบาย เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างทั่วถึงและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย จึงควรนำผลลัพธ์ไปขยายผลในเชิงนโยบายและการปฏิบัติดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. การบูรณาการรูปแบบการดูแลล่วงหน้าในระบบสุขภาพระดับชาติ ควรผลักดันให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ถูกบรรจุไว้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

2. การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการอบรมบุคลากร การพัฒนาสื่อสุขศึกษา และการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ

3. การพัฒนานโยบายสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายควรคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ศาสนา และค่านิยมของครอบครัวไทย เพื่อให้สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

ข้อเสนอเชิงการปฏิบัติ

1. การสร้างศักยภาพบุคลากรพยาบาล ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะพยาบาลในด้านการสื่อสาร การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making) เพื่อให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลควรจัดเวทีหรือกิจกรรมให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการดูแล และลดภาระของโรงพยาบาล

3. การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบติดตามคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสถิติการเสียชีวิตที่บ้านและการใส่ท่อ

ช่วยหายใจ เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอสำหรับการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน โรงพยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ Telehealth หรือแอปพลิเคชันบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อช่วยให้การติดตามและให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างสะดวก และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ชาญชรา 60 มุ่งสู่สังคมสูงอายุอย่างเข้าใจ [Internet]. [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.thaihealth.or.th.
2. United Nations. World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. New York: United Nations; 2020.
3. Ministry of Public Health Thailand. Strategy for Non-Communicable Diseases (NCDs) 2022–2026. Nonthaburi: Bureau of NCD; 2022.
4. Sudore R L, Lum H D, You J J, Hanson L C, Meier D E, Pantilat S Z, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821–32.
5. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J A, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliat Med. 2014;28(8):1000–25.
6. U.S. National Institute on Aging. Different Care Settings at the End of Life [Internet][cited 2025 Jul. 13] Available from: https://www.nia.nih.gov/health/end-life/different-care-settings-end-life
7. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ, ศิริจิต เนติภูมิกุล. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการ ดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4(1):97-111.
8. Houben C H, Spruit M A, Groenen M T, Wouters E F, Janssen D J. Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(7):477–89.
9. Prommarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. J Med Health Sci [Internet] [cited 2025 Jul. 13]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/263315
10. Charensol A, Aubry R, Crouvint T, Hunter M. The Nurse's Role in Initiating Advance Care Planning Conversations in Inpatient Settings: A Qualitative Study. J Pain Symptom Manage. 2021;61(5):945-52.
11. Ketpichayawattana C, Jitapunkul S, Tantiwongse K. Development of an Advance Care Planning Model for Older Persons in Thai Hospitals. Thai Journal of Nursing Council. 2021;36(2):104-18.
12. Wang C Y, Kao Y H, Lin M H. The Impact of Advance Care Planning on End-of-Life Care and Quality of Death in Terminally Ill Cancer Patients. J Formos Med Assoc. 2020;119 (1 Pt 2):235-42.
13. Dutt A, Johnson M, Clark J. Barriers and Facilitators to Implementing Advance Care Planning in Acute Hospital Settings: A Systematic Review. BMJ Support Palliat Care. 2023;13(1):12-25.
14. Van der Smissen D, Van der Heide A, Rietjens J. Digital Tools to Support Advance Care Planning: A Scoping Review. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(4):548-56.e1.
15. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J A C,

Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliat Med. 2020;34(8):1034-56

16. Sinclair C, Mouchti S, Krawczyk M, et al. Evaluating the appropriateness and satisfaction with a structured palliative care model emphasizing advance care planning. J Palliat Care. 2022;37(4):450-8.
17. Brazil K, Carter G, Cardwell C, et al. Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. Palliat Med. 2021;35(1):145-55.
18. Bischoff P, Luthy C, O'Connor M, et al. Effect of Advance Directives on the Place and Treatment of End-of-Life in Older Adults: A Matched Cohort Study. J Am Geriatr Soc. 2021;69(1):90-8.
19. Moolsarn P, Kongsaktrakul C, Pitisuttithum P. Development of a Palliative Care Model for Terminally Ill Cancer Patients in a Community Hospital, Thailand. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2023;27(1):135-49.