

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Development of Care Guidelines for End-of-Life Patients in the Private Medical Ward, Roi Et Hospital

จุฑารัตน์ สดใส*

Chutarut Sodsai

Corresponding author: E-mail: chutarut3105@gmail.com

(Received: December 21, 2025; Revised: December 26, 2025; Accepted: January 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา ประเมินผลการใช้แนวทาง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะตามวงจร PDCA

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ 12 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายพร้อมครอบครัว 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางปฏิบัติดูแลแบบองค์รวม 4 ด้าน (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) ประเมินผลด้วยแบบสอบถาม ผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย : 1) แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมิน ESAS, การแจ้งข่าวร้าย, การประชุม ครอบครัว และการสนับสนุนพิธีกรรมตามความเชื่อ 2) ภายหลังใช้แนวทางกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 100 โดยประเด็นมิติจิตวิญญาณและการจัดการอาการรบกวนมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุด และ 3) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การดูแลระยะสุดท้ายมีความชัดเจนและครอบคลุมองค์รวม ควรส่งเสริมให้ใช้เป็นมาตรฐานการดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; แนวทางปฏิบัติพยาบาล; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop, evaluate the effectiveness of clinical nursing practice guidelines for palliative care, and to assess the satisfaction of professional nurses regarding the implementation of these guidelines at the Medical Private Ward, Roi Et Hospital.

Study design : This study employs a Research and Development (R&D) model, divided into four phases based on the PDCA cycle.

Material and Methods : The sample consisted of 12 registered nurses and 30 end-of-life patients with their families. The research instruments included holistic care guidelines (covering physical, psychological, social, and spiritual dimensions) and evaluation questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation).

Main finding : 1) The developed guidelines included key activities such as ESAS assessment, breaking bad news protocols, family meetings for advance care planning, and spiritual support. 2) After implementation, the percentage of patients receiving care at a “high level” increased significantly from 20% to 100%. Critical improvements were observed in symptom management and spiritual care. And 3) Registered nurses reported the highest level of satisfaction with the guidelines, citing increased clinical confidence and clarity in practice.

Conclusion and recommendations : These findings suggest that structured holistic guidelines are essential for improving the quality of end-of-life care in private ward settings.

Keywords : Palliative Care; End-of-Life Patients; Nursing Practice Guidelines; Roi Et Hospital

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานครอบคลุมทั้งมิติกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹ แม้ปัจจุบันจะมีผู้ป่วยต้องการการดูแลนี้สูงถึง 41 ล้านคนต่อปี แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง² สำหรับประเทศไทย ข้อมูลระบุว่า มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่ระบบการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2567 มีจำนวนกว่า 2.5 แสนราย³ อย่างไรก็ตาม ระบบบริการส่วนใหญ่ยังเน้นการรักษาตามอาการทางกาย ซึ่งอาจส่งผลให้การดูแลมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร⁴

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่าสถิติสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอก อุบัติเหตุ ปอดอักเสบ โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 700 เตียง พบว่าสถิติสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) ปอดอักเสบ 4) โรคหัวใจ และ 5) โรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลสถิติแผนกผู้ป่วยในพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 112, 117 และ 79 รายตามลำดับ แม้จะมีการดำเนินการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) และการจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) ในปี พ.ศ. 2565-2567 อยู่ที่ร้อยละ 72.0, 78.0 และ 80.46 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 90 นอกจากนี้ อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติทำได้เพียงร้อยละ 65.61, 70.47 และ 72.05 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ต่ำกว่าร้อยละ 80.0⁵ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติที่เลือกใช้บริการห้องพิเศษ มักมีความคาดหวังต่อคุณภาพการสื่อสาร การจัดการอาการ และความเป็นส่วนตัวที่สูงกว่า⁶ จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ข้อจำกัดสำคัญ คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ครอบคลุม

ทุกมิติ โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อแจ้งข่าวร้าย และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการขาดแนวทางปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ที่เป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจงสำหรับบริบทหอผู้ป่วยพิเศษ ส่งผลให้พยาบาลมุ่งเน้นเพียงการพยาบาลตามกิจวัตร (Routine care) มากกว่าการดูแลเชิงรุกเพื่อมุ่งสู่ “การตายดี”⁶ ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลเนื่องจากพยาบาลต้องมีทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” ในการสื่อสารเรื่องละเอียดอ่อน เพื่อช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่สอดคล้องกับความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย⁷ ซึ่งพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงจะสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ลดช่องว่างของการสื่อสาร และยกระดับมาตรฐานการดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษให้มีความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁸ และวงจรคุณภาพเดมมิง (PDCA)⁹ ที่นำมาพัฒนาแนวทางการดูแลดังกล่าว จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และสร้างความมั่นใจแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา ประเมินผลการใช้แนวทาง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก⁸ และวงจรคุณภาพ

เดมมิ่ง (PDCA) ดำเนินการ 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมที่ผ่านการตรวจสอบ IOC เท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความทุกข์ทรมาน (ESAS) ตามมาตรฐานศูนย์กรูณา พีร์ คำทอนนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) ระหว่างพฤศจิกายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : (1) พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 12 คน และ (2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ได้รับการรักษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง : เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น

1. กลุ่มพยาบาล: พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานจริงจำนวน 12 คน
2. กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว: จำนวน 30 คนตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ อายุ 15 ปีขึ้นไป, สื่อสารได้, รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษไม่น้อยกว่า 3 วัน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง: คำนวณด้วยแอปพลิเคชัน N4Studies อ้างอิงค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน (Mean Diff = 7.93, SD. = 5.95) กำหนดอำนาจการทดสอบ 95% ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 5 ราย แต่ผู้วิจัยขยายเป็น 30 รายเพื่อความครอบคลุมของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย : แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic Care Guidelines) ประกอบด้วย 4 ด้าน และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 4 มิติ 2) การประเมินระดับความต้องการการดูแล 3) การดูแลบรรเทาอาการรบกวน 4) การให้ข้อมูลและการติดตามต่อเนื่อง 5) การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งเนื้อหา

แต่ละขั้นตอนครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย, จัดการความปวดและอาการรบกวน (หายใจลำบาก, ท้องผูก ฯลฯ) จิตใจ, การสื่อสารแจ้งข่าวร้าย และการประเมินภาวะโศกเศร้า สังคม, การจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) และวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และจิตวิญญาณ, การดูแลตามความเชื่อ และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการตายดี (Peaceful Death) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบ IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (0.85) และหาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ได้ 0.82

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (พยาบาล/ผู้ป่วย/ญาติ)
- 2) แบบประเมินความทุกข์ทรมาน (ESAS) ใช้มาตรวัด Numerical Rating Scale (0-10) ตามมาตรฐานศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ (Likert Scale 5 ระดับ) แบ่งเป็นฉบับผู้ป่วย/ญาติ และฉบับพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic Care Guidelines) ที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ Palliative, พยาบาลเชี่ยวชาญ และพยาบาลชำนาญการพิเศษ) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.85

2. ความเชื่อมั่น (Reliability): แบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่ใกล้เคียงจำนวน 10-20 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินอาการนำไปตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Plan): วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และร่างแนวทางปฏิบัติแบบองค์รวมโดยค้นหาปัญหาทางคลินิก และวิเคราะห์สถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ซึ่งพบว่าสถิติผู้ป่วยเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็ง, อุบัติเหตุ, ปอดอักเสบ, โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยอัตราการทำ Family Meeting (ร้อยละ 80.46) ยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 90

ระยะที่ 2 (Do): พัฒนาแนวทางปฏิบัติจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ปรับปรุงร่างแนวทางตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ, อบรมพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และนำแนวทางไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วย 30 ราย (พ.ย. 67 – ก.พ. 68)

ระยะที่ 3 (Check): นำไปใช้จริงในหน่วยงานระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2568 ประเมินผลลัพธ์หลังการใช้แนวทาง โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์และการจัดการอาการ ด้วยการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลัง (One-group Pre-posttest), ติดตามอัตราการทำ Family Meeting/ACP และประเมินความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 (Act): สรุปผลการประเมิน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สมบูรณ์เพื่อใช้เป็นมาตรฐานยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์เชิงระบบด้วย สถิติพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, SD.)
2. เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (เลขที่ RE054/2568) เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด รักษาความลับกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครลงนามยินยอม (Informed Consent) ก่อนเริ่มการศึกษา

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งผลการศึกษออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย

จากการดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Guidelines) สำหรับหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC = 0.85) โดยใช้กรอบแนวคิด PDCA8 และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ “แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม (RE-Special Palliative Care Model)” ซึ่งมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติแบ่งตามมิติการดูแล ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านร่างกาย: ใช้แบบประเมิน ESAS เพื่อจัดการอาการปวดและอาการไม่สบาย (หายใจลำบาก, ท้องผูก, ปากแห้ง) อย่างเป็นระบบทุกเวร องค์ประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ: ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News) และการประเมินภาวะโศกเศร้าล่วงหน้า องค์ประกอบที่ 3 ด้านสังคม: จัดให้มีกระบวนการ Family Meeting เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และองค์ประกอบที่ 4 ด้านจิตวิญญาณ: การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อการ “ตายดี” (Peaceful Death) การทำพิธีกรรมตามความเชื่อ และการขอโทษกรรม

โดยจุดเด่นของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (Key Success Factors) คือ 1) ความเป็นส่วนตัว: ออกแบบมาเพื่อ “หอผู้ป่วยพิเศษ” ซึ่งมีความพร้อมด้านสถานที่มากกว่าหอผู้ป่วยรวม ทำให้สามารถจัดสิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณได้เต็มที่ และ 2) ความชัดเจน: มีแบบบันทึกการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทราบขั้นตอนที่ต้องทำอย่างชัดเจน (Checklist) ซึ่งมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติแบ่งตามมิติการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Care) การมุ่งเน้นการจัดการอาการไม่สบายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงท้าย โดยมีกิจกรรมหลักคือ 1) การคัดกรองและประเมิน: ใช้แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ประเมินความรุนแรงของ 9 อาการหลัก ทุกเวร หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 2) การจัดการความปวด: กำหนดแผนผัง

การให้ยาแก้ปวด (Pain Ladder) และการพยาบาล เพื่อบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำ การประคบ เย็น/ร้อน และ 3) การจัดการอาการรบกวน: มีแนวทาง จัดการภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) การดูแลช่องปาก (Oral Care) ในผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร และการดูแลผิวหนัง เพื่อป้องกันแผลกดทับ

2. ด้านจิตใจ (Psychological Care) การมุ่งเน้น การประคับประคองภาวะอารมณ์และลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและครอบครัว: 1) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ: ใช้เทคนิค SPIKES Protocol ในการแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News) เพื่อประเมินการรับรู้และความพร้อมของญาติ 2) การจัดการความเศร้าโศก: การประเมินภาวะโศกเศร้า ล่วงหน้า (Anticipatory Grief) และการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การพลัดพราก

3. ด้านสังคม (Social Care) การมุ่งเน้นการสร้าง ความเข้าใจที่ตรงกันและการวางแผนร่วมกันของครอบครัว ได้แก่ 1) การประชุมครอบครัว (Family Meeting): จัดให้มีกระบวนการพูดคุยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้ป่วย และ 2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP): การบันทึกหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) หรือการระบุตัวแทนตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อลดความขัดแย้งในวาระสุดท้าย

4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) การมุ่งเน้น การสร้างความสงบภายในและการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (Peaceful Death): 1) การสนับสนุนความเชื่อ: การเปิดโอกาสให้ประกอบพิธีกรรมตามศาสนา เช่น การนิมนต์พระมาป้อนภัตตาหาร/สวดมนต์ หรือการทำพิธี

อโหสิกรรม 2) การจัดตั้งแวตล้อม: การจัดเตรียมห้องพัก พิเศษให้มีความเงียบสงบ การอนุญาตให้ญาติเฝ้าไข้ ได้ไม่จำกัดจำนวนในระยะวิกฤต และการใช้ดนตรีบำบัด หรือกลิ่นบำบัดตามความชอบของผู้ป่วย และ 3) การดูแล หลังเสียชีวิต: การปฏิบัติอวสานสพ (Last Office) ด้วยความเคารพและเปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วย เป็นครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และครอบครัวจำนวน 30 ราย พบผลลัพธ์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยและ ครอบครัว (n=30): ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.7) อายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 43.3) อายุเฉลี่ย 69.43 ปี ส่วน ใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/ เดือน วินิจฉัยโรคหลักคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 93.3) มีโรคร่วมที่สำคัญคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.97 วัน

2. ผลลัพธ์หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ การใช้แนวปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในมิติจิตวิญญาณ และการจัดการความกังวลใจน้อยที่สุด แต่ หลังการใช้ แนวทางปฏิบัติ คะแนนผลลัพธ์การดูแลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 37.53 เป็น 47.17 ($t = -36.391, p < .001$) โดยผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100.0) ได้รับการประเมินและจัดการอาการ ไม่สุขสบายอย่างเป็นระบบ แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n=30)

ตัวแปร	Mean	SD.	Mean Diff.	95%CI	p
ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ	37.53	1.57	-9.64	-10.17, -9.09	<.001
หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ	47.17	0.69			

โดยมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดคือด้านจิตวิญญาณ โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ถึงการได้รับการดูแลในระดับ “มาก” (คะแนน > 40) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.0 (จากเดิม ร้อยละ 20.0) โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ คือ ด้านการจัดการอาการและการสื่อสาร: ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ ไม่สุขสบาย การได้รับข้อมูลการดำเนินโรค และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 ในระดับ

“ทุกครั้ง” ด้านการดูแลใจและสังคม: การติดตามสิ่งที่ค้างคาใจและการตอบสนองความต้องการของครอบครัว เพิ่มขึ้นจากระดับ “บางครั้ง/ส่วนใหญ่” เป็นระดับ “ทุกครั้ง” ทั้งหมดร้อยละ 100.0 และด้านจิตวิญญาณ: มีการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัด โดยการได้รับทางเลือก ด้านศาสนาและพิธีกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ไม่เคยได้รับหรือได้รับเพียงบางครั้ง เป็นการได้รับทุกครั้งร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่ร้อยละ 33.3 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการดูแลก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติ (n=30)

มิติการดูแลแบบองค์รวม	ก่อนใช้แนวทาง	หลังใช้แนวทาง
	Mean(SD.)	Mean(SD.)
1. ด้านร่างกาย (การจัดการความไม่สุขสบาย)	3.10(0.72)	4.85(0.36)
2. ด้านจิตใจ (การแจ้งข้อมูล/เตรียมความพร้อม)	3.05(0.68)	4.75(0.44)
3. ด้านสังคม (การวางแผนการรักษาร่วมกัน)	2.80(0.69)	4.95(0.22)
4. ด้านจิตวิญญาณ (ความเชื่อ/พิธีกรรม/เป้าหมายชีวิต)	1.50(0.50)	4.65(0.48)
การรับรู้ระดับการได้รับการดูแล	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ได้รับปานกลาง(30-39 คะแนน)	24(80.0)	6(20.0)
ได้รับมาก(40 คะแนนขึ้นไป)	6(20.0)	30(100.0)

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (n=12) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 66.7) มีประสบการณ์การทำงาน 10-20 ปี (ร้อยละ 58.4) และส่วนใหญ่ยังไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 75.0)

จากการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 12 คน ต่อการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้พบว่า มีความพึงพอใจในระดับ “มากที่สุด” เนื่องจากแนวทางปฏิบัติมีความชัดเจน มีแบบประเมินที่เป็นรูปธรรม และช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการสื่อสารเรื่องการดูแลระยะสุดท้ายกับครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น โดยด้านความชัดเจนของขั้นตอน พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

เนื่องจากมีคู่มือและแบบประเมินที่เป็นรูปธรรม และด้านความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในมิติจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเดิมเป็นส่วนที่พยาบาลมีความกังวลในการเข้าหาผู้ป่วย

2. ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะและความพึงพอใจของพยาบาล

2.1 ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะการดูแลของพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความรู้และความสามารถในการใช้แบบประเมิน ESAS และ SPSS เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังใช้แนวปฏิบัติฯ (Mean = 56.42) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ (Mean = 46.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -13.567, p < .001) สะท้อนถึงสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นในการใช้เครื่องมือประเมิน ESAS และ SPSS โดยพยาบาลทุกคนสามารถใช้แบบ

ประเมิน ESAS และ SPSS ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100.0 แสดงดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ (n=12)

ตัวแปร	Mean	SD.	Mean Diff.	95%CI	p
ก่อนการพัฒนา	46.33	3.39	-8.63	-11.72, -8.45	<.001
หลังการพัฒนา	56.42	1.16			

ตารางที่ 4 แสดงผลการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญทางการพยาบาลตามสมรรถนะการดูแลของพยาบาล

กิจกรรมสำคัญทางการพยาบาล	ผลการปฏิบัติสำเร็จ (n(%))
1. การประเมินอาการรบกวนด้วยแบบประเมิน ESAS	30(100.0)
2. การประเมินสมรรถนะผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน SPSS	30(100.0)
3. การจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting)	30(100.0)
4. การจัดการมิติจิตวิญญาณ/พิธีกรรมตามความเชื่อ	30(100.0)

2.2 ผลลัพธ์ต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลวิชาชีพ (n=12) มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ ในภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด”

(ร้อยละ 83.69) โดยด้านที่พึงพอใจสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Mean = 4.00, SD. = 0.00) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายด้านของพยาบาลต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติ (n=12)

ด้านความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านคุณภาพของแนวทางปฏิบัติ	3.88	0.26	มากที่สุด
2. ด้านความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.93	0.17	มากที่สุด
3. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่า	3.97	0.06	มากที่สุด
4. ด้านผลลัพธ์และการตอบสนองผู้ป่วย	4.00	0.00	มากที่สุด
โดยรวม	3.94	0.12	มากที่สุด

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมีต้องครบมากขึ้น และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบงานในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 83.69) ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครั้งนี้เป็นการบูรณาการหลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก⁸ ร่วมกับการใช้กระบวนการคุณภาพตามวงจรเดมมิง (PDCA)⁹ ทำให้แนวทางที่พัฒนา มีความครอบคลุมและเป็นมาตรฐานที่ชัดเจนสำหรับ

การปฏิบัติในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมทั้งนี้อาจเป็นเพราะแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์เนื่องจากผ่านกระบวนการสังเคราะห์วรรณกรรมและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้พยาบาลมีเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการ เช่น แบบประเมิน ESAS และ SPSS ซึ่งช่วยให้การพยาบาลมีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นการจัดการอาการแบบองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งก่อนใช้แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยมักไม่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 11.6) แต่หลังใช้แนวทางฯ พยาบาลมีการเสนอทางเลือกด้านศาสนาและการจัดการความกังวลใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลไม่ละเลยการดูแลมิติจิตวิญญาณ จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถนำไปอภิปรายได้ว่า “แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การพยาบาลเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Cure) มาเป็นการมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต (Care) อย่างเป็นระบบ” สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁸ ที่เน้นการบรรเทาทุกข์ในทุกมิติ เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูล การบรรเทาอาการไม่สบาย และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก่อนใช้แนวทาง ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพียงระดับปานกลาง แต่หลังใช้แนวทางพบว่า มีการได้รับการดูแลครบถ้วนทุกมิติ (มากกว่าร้อยละ 90 ใน หลายด้าน) ทั้งนี้การที่คะแนนผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งนี้เนื่องจากแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีการนำแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) มาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ทำให้พยาบาลสามารถค้นหาและจัดการความปวดหรืออาการหายใจลำบากได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะมิติจิตวิญญาณ และการจัดการความกังวลใจ (จากร้อยละ 11.6 เป็น 100.0) เป็นเพราะแนวทางปฏิบัติกำหนดขั้นตอนการประเมินความต้องการเชิงลึกไว้อย่างชัดเจนผลดังกล่าว

สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์⁷ ที่ระบุว่าการประเมินอาการครบถ้วนอย่างเป็นระบบเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรรัตน์ อันสีกแก้ว¹⁰ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลที่มีการประเมินอย่างเป็นระบบช่วยลดความทุกข์ทรมานได้จริง โดยเฉพาะมิติจิตวิญญาณที่การวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 เนื่องจากแนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลกล้าที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อและการขอโทษกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการมากที่สุด

นอกจากนี้ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการวางแผนล่วงหน้า การทำครอบครัวสัมพันธ์ (Family Meeting) และการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Planning: ACP) มีอัตราการปฏิบัติที่สูงขึ้น ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจช่วงวิกฤต ทั้งนี้เป็นเพราะการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับศิริพร มงคลชัย⁶ ที่ศึกษาในบริบทหอผู้ป่วยพิเศษและพบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพและญาติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลราบรื่นและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณและการเผชิญความตายอย่างสงบ ประเด็นที่น่าสนใจคือการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณและการสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ผลนี้สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลลดความประหม่าในการพูดคุยเรื่องความตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิรักษา พงษ์สมบัติ¹¹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวทางจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลมั่นใจในการดูแลจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (Peaceful Death) ตามความเชื่อส่วนบุคคลได้มากขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอของจอนพะจง เพ็งจาด ที่เน้นว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับความตายอย่างสงบ¹²

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติและสมรรถนะพยาบาล การที่คะแนนของพยาบาลเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญเป็นผลมาจากการนำเครื่องมือมาตรฐาน (ESAS และ SPSS) มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางปฏิบัติ ทำให้การประเมินอาการรบกวนมีความแม่นยำ ไม่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจส่วนตัว ส่งผลให้การจัดการความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พยาบาลมีความพึงพอใจในด้านผลลัพธ์การดูแลสูงสุด และสอดคล้องกับแนวคิดของ WHO⁸ ที่เน้นย้ำว่าการประเมินที่แม่นยำเป็นจุดเริ่มต้นของการบรรเทาทุกข์ที่มีประสิทธิภาพ การมีแนวปฏิบัติที่สร้างจากบริบทจริงช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจและพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของไกรลาศ วงศ์เพ็ชร⁴ ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานช่วยลดภาระทางอารมณ์ของบุคลากรได้

ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 90) ซึ่งสะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเป็นระบบ และลดความสับสนในการทำงาน ทั้งนี้การที่พยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสะดวกไม่ยุ่งยาก (Mean = 4.0) เนื่องจากเป็นแนวทางที่สร้างขึ้นจากบริบทจริงของหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้ลดภาระทางอารมณ์ของบุคลากรเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการที่พยาบาลพึงพอใจในระดับมากที่สุดผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสุขสันต์ สุขสงคราม⁹ ที่ระบุว่าการพัฒนางานพยาบาลด้วยวงจรเดมมิง (PDCA) ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติได้ต่อเนื่องและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับพัชรรัตน์ อันสีแก้ว¹⁰ ที่พบว่า การประเมินที่เป็นระบบช่วยลดความทุกข์ทรมานได้จริง และพุทธรักษา พงษ์สมบัติ¹¹ ที่ชี้ว่าแนวทางที่ชัดเจนสร้างความมั่นใจในการดูแลจิตวิญญาณ ช่วยให้เกิดการตายดี (Peaceful Death) ตามข้อเสนอของจอห์นอะจาง เพ็งจาด¹² นอกจากนี้การมีระบบงานที่ชัดเจนยังช่วยลดภาระทางอารมณ์ของพยาบาล^{4,13} อีกทั้งยังสอดคล้องกับไกรลาศ วงศ์เพ็ชร⁴ ที่กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดความทุกข์

ทรมานของผู้ป่วย และยังช่วยลดภาระทางอารมณ์ของบุคลากรที่ให้การดูแล เนื่องจากมีแนวทางที่ชัดเจนช่วยลดภาระทางอารมณ์และลดความขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย เนื่องจากการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) ทำให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานมากขึ้น

สรุปผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถนำไปอภิปรายได้ว่า “แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การพยาบาลเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Cure) มาเป็นการมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต (Care) อย่างเป็นระบบ” ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และเป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการบรรเทาอาการรบกวน ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เน้นการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายที่เหมาะสมกับบริบท ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เป็นแนวปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนให้ทีมผู้ให้บริการ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งทีมผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกันสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการรายกรณีของศูนย์กรุณา พีร์ คำทอง¹³ ที่เน้นการสร้างเครือข่ายบริการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัยคือการพัฒนาแนวทางที่ตอบโจทย์บริบทหอผู้ป่วยพิเศษ โดยเน้นมิติจิตวิญญาณและการใช้เครื่องมือมาตรฐาน (ESAS, SPSS) ที่ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและเป็นระบบ แม้จะมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาติดตามผลระยะยาวและขยายผลสู่บริบทอื่นได้ยาก เนื่องจากความพร้อมของทรัพยากรที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยสรุปได้ว่าแนวทางนี้ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี และเพิ่มความพึงพอใจแก่บุคลากรอย่างชัดเจน จึงควรส่งเสริมให้เป็นมาตรฐานการดูแลในหน่วยงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม และขยายไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม

2) ควรจัดอบรมและเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลด้านการสื่อสาร การดูแลเชิงจิตวิญญาณและการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานที่ซับซ้อน

3) ส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางกับหอผู้ป่วยประเภทอื่น เช่น หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อยืนยันความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน

2) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังการสูญเสีย เพื่อสะท้อนประสิทธิผลของแนวทางในมิติที่กว้างขึ้น

3) ควรพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดที่ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณมากขึ้น เนื่องจากยังเป็นจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ระยะเวลาในการติดตามผล เนื่องจากการวิจัยมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลจำกัด (พฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568) อาจทำให้ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวได้ เช่น กระบวนการจัดการความโศกเศร้าของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 6 เดือน ถึง 1 ปี

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 รายจะเพียงพอสำหรับการทดสอบทางสถิติเบื้องต้น แต่ผลการวิจัยมาจากบริบทเฉพาะของหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เท่านั้น การจะนำผลการวิจัยไปปรับใช้ (Generalization) ในโรงพยาบาลที่มีระดับต่างกันหรือวัฒนธรรมต่างกัน ควรทำด้วยความระมัดระวัง

3. ปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ความรุนแรงของโรคและสภาวะวิกฤตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละราย

มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมาน (ESAS) และความพึงพอใจ แม้ว่าจะมีการใช้แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.(พิเศษ) นพ.ณรงค์ชัย สังชา และ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ รพ.ร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนโครงการ R2R รุ่นที่ 4 จนสำเร็จลุล่วง ขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคนิตย์ และ ดร.สมหมาย คชนาม ที่กรุณาให้คำปรึกษาทางวิชาการและช่วยให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ท้ายที่สุดขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ผู้ป่วย และครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลครั้งนี้อย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care: Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. World Health Organization. Global atlas of palliative care [Internet]. 2nd ed. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2024 [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009332>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. ไกรลาศ วงศ์เพชร. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารการพยาบาล. 2563;35(2):12-25.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2565 – 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
6. ศิริพร มงคลชัย. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษ. วารสารวิจัยสุขภาพ.

2563;14(3):45-58.

7. กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. World Health Organization. Palliative Care: Concepts and model of care. Geneva: WHO; 2019.
9. สุขสันต์ สุขสงคราม. การพัฒนางานพยาบาลด้วยวงจรเดมมิ่ง (PDCA). วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2564;15(1):1-14.
10. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
11. พุทธิรักษา พงษ์สมบัติ. การดูแลจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3):5-19.
12. จอนพะจง เพ็ญจาด. การพยาบาลประคับประคอง: มิติทางจิตวิญญาณและการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
13. อนงค์ สิมลี, นภัสวรรณ ภูริพันธ์ภิญโญ, มะลิวรรณ อังคณิตย์, อารยา สอนบุญ. รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพิร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(4):112-21.