# รายงานวิจัย

# เรื่อง

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง


โดย

นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่



กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์



ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 5302

ส่วนราชการ งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

**หัวข้อ** **ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

**ผู้วิจัย** **นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ พย.บ.**
**นางรัตนาภรณ์ รักชาติ พย.บ.**
**นางกาญจนา ดาวประเสริฐ พย.ม.**
**นางกัญญา ศรีอรุณ พย.บ.**
**นางวราภรณ์ ไชยตาล พย.บ.**

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัยและตำบลบ้านเสด็จและผู้ดูแล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง EORTC-QLQ-C30 ฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง POS 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon singed approximate z test ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯผลลัพธ์การดูแลดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ($p<0.001$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =9.23,SD 0.57) สรุป โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

**คำสำคัญ** : โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน, คุณภาพชีวิต, ผลลัพธ์การดูแล

**Title** **The Effectiveness of a Home Visit Program with Community Network Participation on the Quality of Life and Care Outcomes in Palliative and End-Stage Cancer Patients at Lampang Cancer Hospital**

**Author** Mrs. Panjit Wongyai, B.N.S
Mrs. Rattanaporn Rakchat, B.N.S
Mrs. Karnchana Daoprasert, M.N.S
Mrs. Kanya Sri-arun, B.N.S
Mrs. Waraporn Chaitan, B.N.S

## Abstract

This study is quasi-experimental research aimed at comparing the quality of life and care outcomes in palliative and end-stage cancer patients at Lampang Cancer Hospital before and after the implementation of a home visit program with community network participation. It also examines the satisfaction of patients or caregivers after receiving the program. The sample included 30 patients with advanced cancer receiving palliative care at Lampang Cancer Hospital, residing in three sub-districts in the Mueang Lampang District, Lampang Province: Pichai, Ton Thong Chai, and Ban Sadet, along with their caregivers. The sampling was purposive. The research tools used in this study were: 1) Home visit program involving community network participation, 2) Personal information questionnaire, 3) EORTC-QLQ-C30 Thai version quality of life questionnaire for cancer patients, 4) Palliative Care Outcome Scale (POS) for assessing care outcomes, and 5) Satisfaction questionnaire for home visit service recipients. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed rank test. The results showed that after the implementation of the home visit program with community network participation, the overall quality of life scores of palliatives and end-stage cancer patients significantly improved ($p<0.001$). The care outcomes for these patients also showed significant improvement after the program implementation ($p<0.001$). Caregivers expressed the highest level of satisfaction with the program ($\bar{x}$ =9.23, SD. 0.57) In conclusion, the home visit program with community network participation significantly enhances the quality of life and care outcomes for patients and their families.

**Keywords:** Home Visit Program with Community Network Participation, Quality of Life, Care Outcomes

# กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ทุกระดับ อีกทั้งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้แก่ หอผู้ป่วยในชายและหญิง หอผู้ป่วยคุณภาพชีวิต เพื่อให้วิจัยนี้สำเร็จลงได้

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง คณะกรรมการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ ขอบคุณเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยประคับประคองและมะเร็งระยะท้าย 3 ตำบล ในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย และตำบลบ้านเสด็จ ที่ให้ความร่วมมือในการออกเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน จนวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่
หัวหน้าโครงการวิจัย

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ก |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ข |
| กิตติกรรมประกาศ | ค |
| สารบัญ | ง |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| สารบัญรูปภาพ | ช |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 3 |
| สมมุติฐานการวิจัย | 3 |
| ตัวแปรที่ศึกษา | 4 |
| กรอบแนวคิดของการวิจัย | 4 |
| ขอบเขตของการศึกษาวิจัย | 5 |
| นิยามศัพท์ | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 6 |
| บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 7 |
| แนวคิดและหลักการการดูแลแบบประคับประคอง | 7 |
| แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน | 26 |
| การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน | 48 |
| คุณภาพชีวิต | 51 |
| การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | 54 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 55 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 64 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 64 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 65 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 76 |


กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลลองแจ้งลำปาง กรมการแพทย์

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ) | |
| ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล | 76 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 77 |
| ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย | 77 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 78 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | 79 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง | 79 |
| ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน | 82 |
| ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย | 86 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ | 88 |
| สรุปผลการวิจัย | 88 |
| อภิปรายผลการวิจัย | 89 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ | 94 |
| ขอเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 95 |
| บรรณานุกรม | 96 |
| ภาคผนวก | 100 |


โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# สารบัญตาราง


| | หน้า |
|---|---|
| **ตารางที่ 1** หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก | 15 |
| **ตารางที่ 2** Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score | 20 |
| **ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน | 70 |
| **ตารางที่ 4** จำนวนของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 30) | 80 |
| **ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (n=30) | 82 |
| **ตารางที่ 6** เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลก่อนและ หลังการดูแลตามแนวทางการดูแล (Palliative Care Outcome Scale; POS-C) (รายข้อ) (n=30) | 84 |
| **ตารางที่ 7** ความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (n=30) | 86 |


โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# สารบัญภาพ


| | หน้า |
|---|---|
| **ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย | 4 |
| **ภาพที่ 2** แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | 10 |
| **ภาพที่ 3** เครื่องมือวัดระดับความปวด | 14 |
| **ภาพที่ 4** กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน | 30 |


กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# บทที่ 1
# บทนำ

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น จากผลการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศแนวทางให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557–2559 และเริ่มดำเนินการในปี 2558 เป็นต้นมา (กรมการแพทย์, 2562)

หลักการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ยึดหลัก 6 ประการได้แก่ 1) ยึดถือผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลักมิใช่ตัวโรค 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้านให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ 3) มีความต่อเนื่องในการดูแลทุกระดับ 4) เป็นการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) เน้นส่งเสริมระบบในการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลคือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลให้เกิดความต้องการในการจัดการกับอาการด้านร่างกาย และการปรับตัว เพื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นที่ยอมรับในบุคลากรทางการแพทย์ว่าการดูแลรักษามะเร็ง ในปัจจุบันไม่ได้เน้นเฉพาะการรักษาโรค แต่ควรต้องให้การดูแลรักษาที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านตามหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการให้ความสำคัญกับการคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามที่คาดหวังไว้นั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความร่วมมือบุคคลกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ครอบครัว บุคคลในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการสนับสนุนทั้งจากระบบบริการสุขภาพและจากแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอื่นๆ ในสังคม

การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ที่ใด เช่น รับการรักษาในโรงพยาบาล จำหน่ายกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน พยาบาลจะต้องวางแผนจำหน่าย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากระยะวิกฤติในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือ

ทางการพยาบาล เช่น แผนการดูแล (Guide Line) การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) หรือเครื่องมือการดูแลอื่นๆ ทำเป็นแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา และทีมการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้แผนการจำหน่ายที่กำหนดไว้ ขณะรักษาในโรงพยาบาลได้รับการดำเนินการต่อให้แผนการดูได้มีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสภาวะโรค ช่วยผู้ป่วยฟื้นหายหรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นความจำกัดของการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (สำนักการพยาบาล, 2556) อีกทั้งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นการรักษาแบบองค์รวม และการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) นอกจากนั้นยังมีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นศูนย์สนับสนุนเครือข่าย มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายที่สำคัญคือผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี (Good death) สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (จิรประภา ศิริสูงเนิน, 2561) นอกจากนี้การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เกิดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือระหว่างหน่วยบริการที่สอดคล้องกับบริการของพื้นที่ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อนั้น เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ใกล้กับสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทำให้การพัฒนาระบบมีความต่อเนื่องและยั่งยืนได้ (บรรเทิง พลสวัสดิ์, 2560)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ที่รับการรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ 2562–2566 มีจำนวน 306, 323, 287, 331 และ 332 ราย ตามลำดับ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีศูนย์เปี่ยมสุข (Palliative Care Center) ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้ข้อมูลต่างๆ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยและญาติ มีหอผู้ป่วยคุณภาพชีวิต เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวม มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินปัญหาความต้องการ ความรู้ และทักษะในการดูแลครอบคลุมตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง แก่เครือข่ายสุขภาพผ่านโปรแกรมส่งต่อ Thai COC ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2

รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนในเขตเยี่ยมบ้าน โดยร่วมกับ รพช. รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบในการออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน มีงานดูแลต่อเนื่องที่บ้านและเยี่ยมบ้านในเขตอำเภอเมืองลำปาง และสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยประคับประคองและมะเร็งระยะท้ายในระดับตำบล จำนวน 3 ตำบล ในอำเภอเมืองลำปางจังหวัดลำปาง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับแผนงานของโรงพยาบาล ด้านการพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคมะเร็งแบบครบวงจร และโดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care) อีกทั้งยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ด้านการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care) และยังตอบสนองต่อนโยบาย Palliative Home ward ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ขาดการติดตามหลังการจำหน่าย ร้อยละ 20 ไม่ได้รับได้รับการเยี่ยมไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 10 ไม่สามารถจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายที่บ้านได้และผู้ดูแลยังไม่มั่นใจในทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2565) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานโดยตรง จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**สมมุติฐานการวิจัย**

คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง หลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

**ตัวแปรที่ศึกษา**

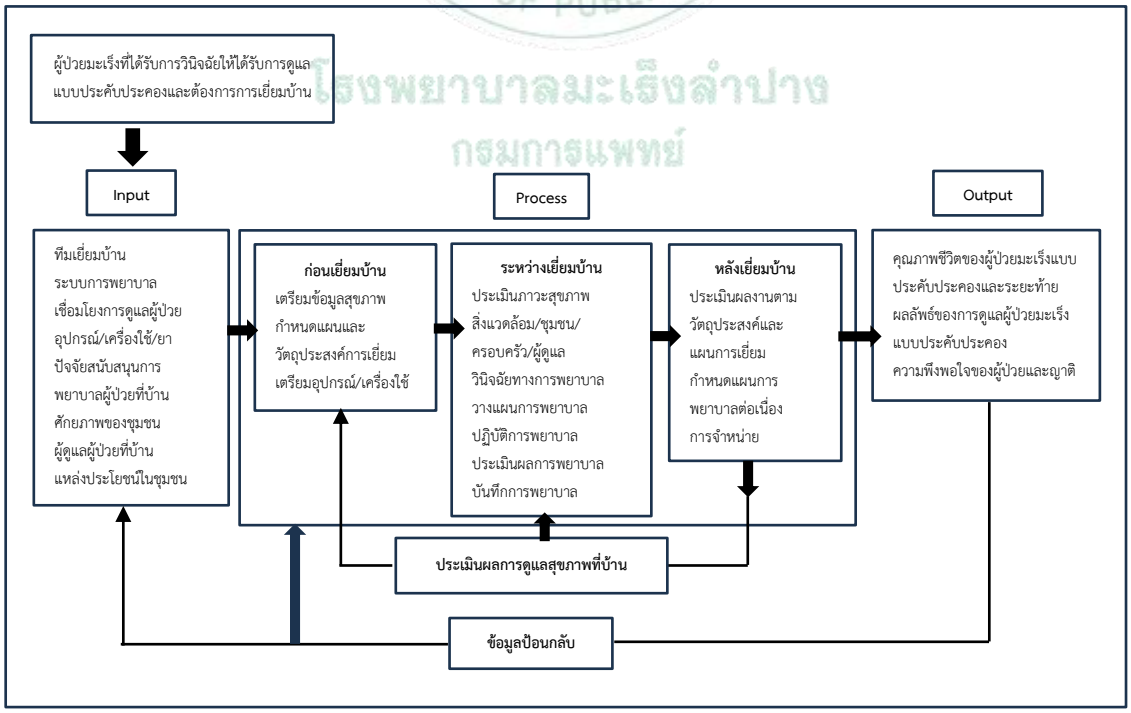
**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย

**ตัวแปรตาม** คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและความพึงพอใจ

**กรอบแนวคิดของการวิจัย**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยใช้กรอบแนวคิดกรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสำนักการพยาบาล ได้แก่ แนวคิดเชิงระบบ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) ได้แก่ การเตรียมทีมเยี่ยมบ้านระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย, การเตรียมอุปกรณ์/เครื่องใช้/ยา, ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน, ศักยภาพของชุมชน, การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น 2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ กระบวนการก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้านและหลังเยี่ยมบ้าน 3) ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Output and Outcome) ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (สำนักการพยาบาล, 2556)

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย



**ขอบเขตของการศึกษาวิจัย**

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางและได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 ตำบลในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัยและตำบลบ้านเสด็จ ผู้ดูแล จำนวน 30 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

**นิยามศัพท์**

**โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน** หมายถึง กระบวนการให้การดูแลโดยวิธีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การวางแผนเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้าน การประเมินหลังการเยี่ยมบ้าน และติดตามประเมินผลตามกรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสำนักการพยาบาล ระยะเวลาของการจัดโปรแกรมทั้งหมด 3 สัปดาห์

**ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง** หมายถึง ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยมีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนมีส่วนร่วม ประเมินโดยวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS) ฉบับถามผู้ดูแล (Palliative care Outcome Scale for Patient : POS-C) (ลดารัตน์ สาภินันท์,2556) เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ประเมิน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ประเมินในวันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์และ ประเมินครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างน้อย 3 สัปดาห์

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง ความผาสุกหรือความพึงพอใจจากมุมมอง ในทุกๆมิติของชีวิต ประกอบด้วยมิติหลักที่สำคัญ ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางสังคม มิติทางอารมณ์ มิติทางบทบาท/การทำงาน มิติด้านการรับรู้และด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการเฉพาะของโรคมะเร็งของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ดูแลของผู้ป่วย ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30) (Silpakit C et al ,2006)

**ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD-10: Z51.5) และมีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัยตำบลต้นธงชัย และตำบลบ้านเสด็จ

**ผู้ดูแล** หมายถึง ญาติหรือบุคคลซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยหลักที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

**เครือข่ายชุมชน** หมายถึง อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน ใน 3 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย และตำบลบ้านเสด็จ

**การมีส่วนร่วมของชุมชน** หมายถึง การให้ความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้าน เช่น ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประสานการดูแลเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ การจัดการอาการรบกวน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านจัดการสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

หน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

2. ด้านการบริการทางการพยาบาล

นำโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

3. ด้านวิชาการ

มีองค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยและนำมาเผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

กรมการแพทย์ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

# บทที่ 2
# แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัย เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและสัมพันธ์กับการวิจัยครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดและหลักการการดูแลแบบประคับประคอง
   1.1. ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
   1.2 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองและระยะท้าย
   1.3 แนวคิดและหลักการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย
   1.4 การคัดกรอง การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง
2. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
4. คุณภาพชีวิต
5. การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดและหลักการการดูแลแบบประคับประคอง

### 1.1. ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ไว้ว่าเป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิต (Life threatening Illness) ซึ่งปัญหาดังกล่าวนั้นหมายรวมถึงความทุกข์ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลแบบประคับประคอง คือ กระบวนการดูแลด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่เฉพาะเจาะจงในการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนอื่นๆ รวมถึงด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม โดยมีวัตถุประสงค์คือการคาดการณ์ล่วงหน้า การป้องกัน และลดความทุกข์ทรมานการดูแลช่วยเหลือ เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งพิจารณาถึงระยะของโรคหรือความจำเป็นสำหรับการรักษาอื่นๆ ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง

สามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่วินิจฉัยโรคและควรมีบริการด้านประคับ ประคองควบคู่ไปกับการดูแลรักษาโรคมะเร็งด้วย เช่น ผ่าตัด เคมี ฉายแสง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่เป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตหรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว (กรมการแพทย์,2563)

การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) คือ การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดชีวิต (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและปาริชาติ เพียสุพรรณ์, 2564)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการจัดทำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น โดยได้ทำงานร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยงานองค์กรต่างๆ เพื่อให้ได้นิยามฯ ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกัน โดยให้นิยามของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตบำบัดเยียวยา บรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

สรุป การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคหรือภาวะที่คุกคามต่อชีวิตหรือเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย โดยให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายต่างๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

**1.2 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองและระยะท้าย**

ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายของกรมการแพทย์ ได้แก่ มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้มีความทุกข์ทรมาน ระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง มีการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็งและผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์, 2563)

ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal Illness) โรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้และคาดหมายว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

สรุป ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลามโรคมีอาการคุกคามต่อชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้ การพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่า และจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน การดูแลจึงมุ่งเน้นเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรม ของผู้ป่วยและญาติ เน้นการให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายคือการตายดี

**1.3 แนวคิดและหลักการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย**

องค์การอนามัยโลกระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า เป็นการบรรเทา ความปวด และอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิต และมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วย ผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมาย เพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563 )ซึ่งแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 6 ด้าน คือ

1. การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง
2. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
3. ความต่อเนื่องในการดูแล

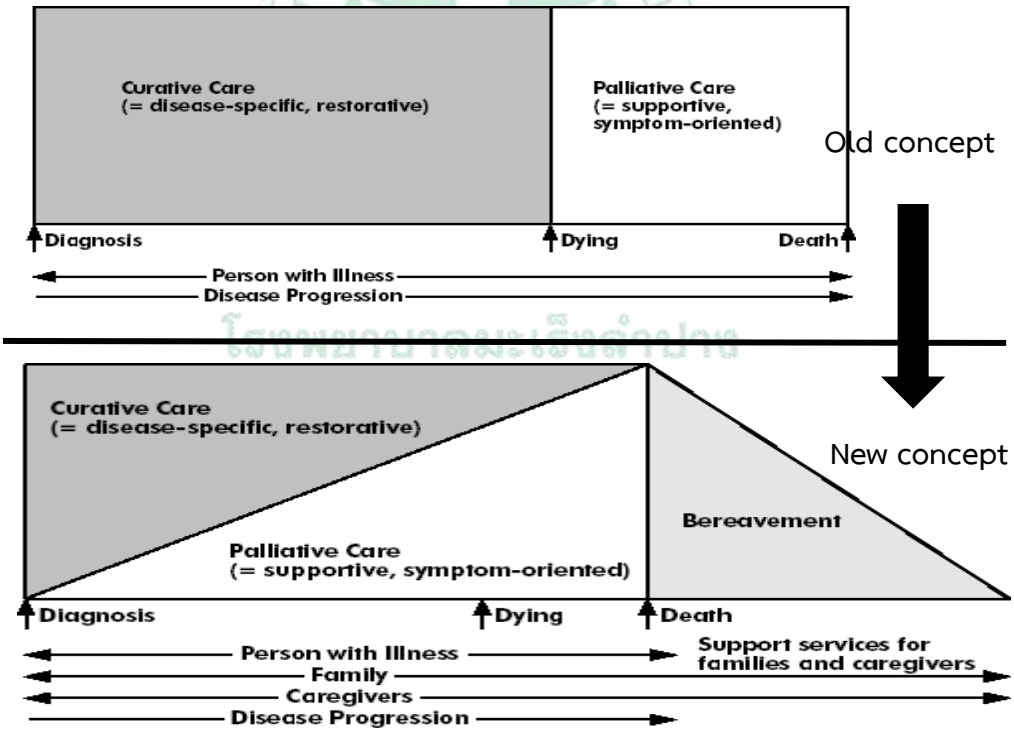
4. การดูแลแบบเป็นทีม

5. การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล

6. เป้าหมายในการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนั้น การดูแลแบบประคับประคองยังต้องยึดหลักการดูแลที่ควบคู่ไปกับการรักษาหลักตามพยาธิสภาพของโรคที่พยายามดูแลให้ผู้ป่วยถึงวาระสุดท้ายอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่เร่งการเสียชีวิต ไม่ยืดการเสียชีวิต คือมุ่งให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย โดยการช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งยังให้การดูแลแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการรับรู้และการยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติและจากไปอย่างสงบ (นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563)

**ภาพที่ 2** แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Evolution of The Palliative Care Model)




ที่มา: http://topicsinmediasection2.pbworks.com/w/page/22366439/Health สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2567

สรุป หลักการดูแลแบบประคับประคอง ควรเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งการป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรคและเสียชีวิตในที่สุด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษาโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แสดงความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา (goal of care) เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ยอมรับการตายที่จะมาถึงว่า เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของชีวิต ไม่ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการยื้อ ความทรมานของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่า การดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงมิใช่การดูแลโรค แต่เป็นการดูแลบุคคลและครอบครัวแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ต้องการการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนถึงวาระสุดท้าย

**1.4 การคัดกรอง การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง** (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

**1.4.1 การคัดกรองเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง** ในทีมผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยมะเร็ง ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่มาพบทุกครั้งในหัวข้อต่อไปนี้ คือ

1) อาการที่จัดการควบคุมไม่ได้

2) ความทุกข์ (โดยใช้ thermometer distress) ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

3) โรคร่วมหรือภาวะผิดปกติที่รุนแรงของร่างกาย จิตใจ และสังคม

4) ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย

5) การคาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดนานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน

6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และการตัดสินใจเรื่องโรคมะเร็ง

7) มีการร้องขอให้มีการดูแลแบบประคับประคองจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์, 2563) ได้แก่

1) มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้

2) มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง

3) มีการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน เช่น Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ≥ 3 หรือ Karnofsky performance status (KPS) ≤ 50 หรือ palliative performance scale (PPS) ≤ 50

4) มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง

5) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยให้เป็นผู้ป่วยประคับประคองและต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกรมการแพทย์ ได้แก่ มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้มีความทุกข์ทรมาน ระดับปานกลางถึงรุนแรงมากที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง มีการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน palliative performance scale (PPS) ≤ 50 มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็งและผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์,2563)

**1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย** (กรมการแพทย์, 2563) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการในผู้ป่วยประคับประคองมีหลายแบบ แยกเป็นประเมินอาการและความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ประเมินสภาพจิตใจ ประเมินญาติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แบบประเมินที่ใช้ จะเป็นแบบประเมินที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองจากทุกโรคโดยที่มักใช้บ่อย ได้แก่ ใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale:PPS) ฉบับสวนดอก (2551) เป็นแบบประเมินที่คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พัฒนาขึ้นโดยแปลมาจาก Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society ประเทศแคนาดา และ ECOG performance status, Karnofsky performance scale ,แบบประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ Edmonton symptom assessment scale (ESAS), ประเมินอาการปวดโดยใช้ Numerical rating scale (NRS), FACES Scale, ประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้ Palliative care outcome scale (POS) เป็นต้น (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

การศึกษาโดย Kutner และคณะ ในปี ค.ศ. 2001 พบว่าอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง ได้แก่ ภาวะอ่อนล้าไม่มีกำลัง (ร้อยละ 83) อาการปวด (ร้อยละ76) ความไม่อยากอาหาร (ร้อยละ 63) รู้สึกซึมเศร้า (ร้อยละ 61) ไม่มีสมาธิ (ร้อยละ 60) และเมื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความเจ็บปวดเป็นอาการที่สำคัญที่สุดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง การควบคุมอาการที่เหมาะสม (กรมการแพทย์, 2563)

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและจัดการอาการทางด้านร่างกาย (กรมการแพทย์,2563)

1. ความปวด (Pain) ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวด จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาอาการปวด มีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การประเมินความปวดและทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะจัดการอาการปวดของผู้ป่วยจนอยู่ในระดับที่พึงพอใจ การจัดการปัญหาความปวดของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้าย

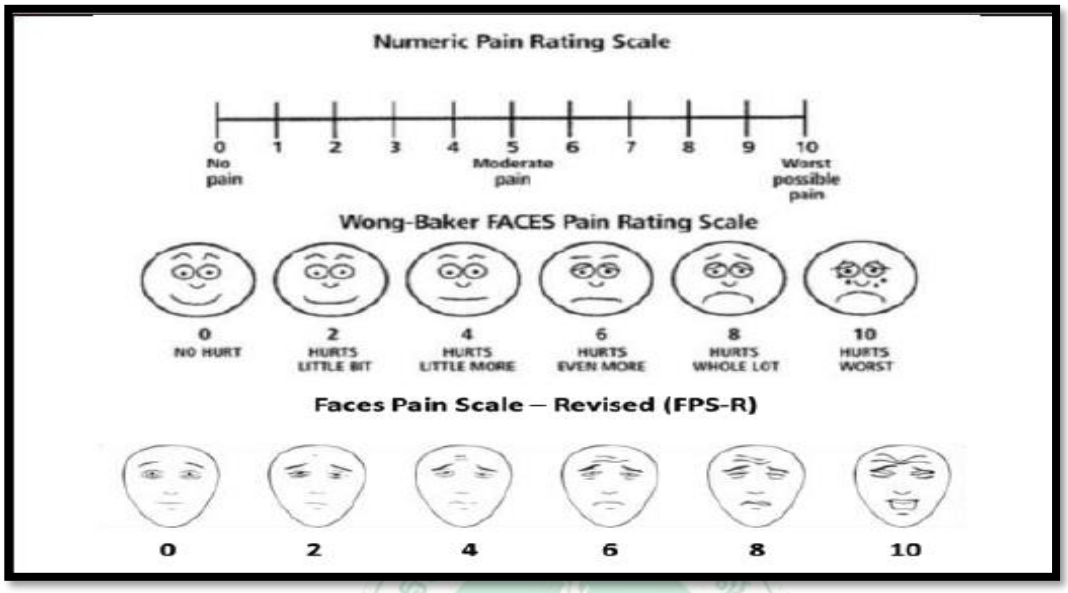
1.1. การประเมินความปวด: วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุและติดตามประเมินความรุนแรงของความปวด เป็นการตอบสนองต่อการรักษาโดยให้ครอบคลุม ดังนี้

1.1.1 ตำแหน่ง (pain position) สามารถทำให้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (body chart) และบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งหลายลักษณะ

1.1.2 ลักษณะความปวด (pain characteristics) เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตุ๊บๆ ปวดเหมือนถูกทิ่มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลมๆ ปวดร้าว เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

1.1.3 ความรุนแรงของความปวด (pain Intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ดังนี้ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินความรุนแรงของความปวดว่าผู้ป่วยปวดกี่คะแนน โดยใช้แบบประเมิน numerical rating scale (NRS) คือจากคะแนน 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน faces pain rating scale และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ

**ภาพที่ 3** เครื่องมือวัดระดับความปวด




ที่มา: กรมการแพทย์, 2563 สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2567

1.1.4 ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

1.1.5 ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน นอนหลับ และผลกระทบทางด้านอารมณ์

1.1.6 ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใช้ยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

1.2 การวางแผนการรักษา

1.2.1 การจัดการความปวดด้วยยา

หลักมาตรฐานของการควบคุมความปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งคือ WHO analgesic ladder ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมความปวดได้ถึงร้อยละ 75 แนะนำให้บริหารยาโดยการรับประทาน โดยการให้ยาตามเวลา และควรจะปรับชนิดของยาให้เข้ากับแต่ละบุคคลตามตารางที่ 1

เสรีพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

**ตารางที่ 1** หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder)

| ระดับความรุนแรง | ยาที่แนะนำ |
|---|---|
| ขั้นที่ 1<br>ปวดน้อย | ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า |
| ขั้นที่ 2<br>ปวดปานกลาง | ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน เช่น โคเดอีน ทรามาดอล ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า |
| ขั้นที่ 3<br>ปวดมาก | ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน เฟนตานิล เมทาโดน ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า |

ที่มา: กรมการแพทย์,(2563) สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2567

1.2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (กรมการแพทย์, 2563) การจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีการที่ใช้บ่อยและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้การรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

การนวด (massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย

ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการ โดยถ้าเกิดการบาดเจ็บ เฉียบพลัน ร่วมกับเกิดอาการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็นเพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็นๆ หายๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ ควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนังผ่านทางแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกการลดปวดจาก gate-control theory

1.2.3 Palliative radiotherapy ใช้รักษาอย่างประคับประคองโดยเฉพาะอาการปวดกระดูก ปวดบริเวณก้อนมะเร็ง โดยจะทำการฉายรังสีระยะสั้นขึ้นกับลักษณะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

2. อาการทางกายอื่นๆ ที่พบได้บ่อย

2.1 เหนื่อย/ อ่อนเพลีย (Tiredness/ Fatigue) ความอ่อนล้า คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ความสามารถในการทา กิจวัตรประจาวันลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย และความทนทานของร่างกาย ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ (กรมการแพทย์,2563)

แนวทางการจัดการ การเพิ่มแคลอรี่ของอาหารด้วยการรับประทาน หรือเข้าทางหลอดเลือด จะได้ผลน้อยและอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นควรรักษาที่สาเหตุ เช่น ให้เลือดกรณีเกิดภาวะซีด ให้ยาบรรเทาอาการอ่อนล้า เช่น ยากลุ่ม steroid erythropoietin และ anti-depressive กรณีมีความเหนื่อยล้ามากขึ้น ให้จำกัดกิจกรรม และให้ความช่วยเหลือด้าน กิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้าห้องน้ำ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อน อย่างเพียงพอ และกรณีเหนื่อยให้ออกซิเจนร่วมด้วย

2.2 คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) คลื่นไส้ คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหาร ลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงและชีพจรเต้นเร็ว อาเจียน คือเป็นอาการที่มีการหดรัดตัวของกระเพาะอาหาร ซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะ ให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้ แนวทางการจัดการการรักษาโดยใช้ยา: domperidone, prochlorperazine, metoclopramide, ondansetron, granisetron, haloperidol การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มช้าๆ บ่อยๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อม และบรรยากาศสดชื่น (กรมการแพทย์,2563)

2.3 ง่วงซึม/สะลึมสะลือ (Drowsiness) Drowsiness เป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะท้าย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ยา การติดเชื้อ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ภาวะล้มเหลวของอวัยวะในร่างกาย เช่น ไตวาย ตับวาย (กรมการแพทย์,2563) แนวทางการจัดการรักษา ตามสาเหตุของอาการที่พบในกรณีที่เป็นผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioid ให้ลดขนาดยาลง หรืออาจจำเป็นต้องใช้ methylphenidate เพื่อกระตุ้นระบบประสาท ซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วย ใกล้เสียชีวิต

2.4 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia) Anorexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารร่วมกับมีการลดลงของแคลอรีที่ได้รับ Cachexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ร่วมกับมีภาวะลดลง ของกล้ามเนื้อและไขมัน (กรมการแพทย์,2563) แนวทางการจัดการ กรณีประเมินระดับความรุนแรงได้เล็กน้อย ให้ดูแลเรื่องความสะอาด และความชุ่มชื่น

ในช่องปาก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดและซับที่ปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดอาหารมื้อที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย กรณีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก รายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษานักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ และให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

2.5 เหนื่อยหอบ (Shortness of breath) เหนื่อยหอบ คือ เป็นอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลัก หรือหายใจหนักๆ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากตัวโรคลุกลาม อาจจะพบปัญหาการทางานของปอด ที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบอุบัติการณ์ของการหายใจลำบากเป็นลำดับต้นๆ (กรมการแพทย์, 2563) แนวทางการจัดการ การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้าย จะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สทาให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการ หายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ควรใช้ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's or semi sitting position) ท่าทางการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมตามความเหมาะสมช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการหายใจลำบาก

2.6 ท้องผูก (Constipation) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยระยะท้าย และทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้ายมักได้ยา opioids ซึ่งเป็นสาเหตุของท้องผูกที่มีความสำคัญ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ปาริชาติ เพียสุพรรณ์,2560) แนวทางการจัดการกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ (อย่างน้อย 2 ลิตร/วัน) ทบทวนอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ให้มั่นใจว่ามีความเป็นส่วนตัว หรือสามารถเข้าถึงห้องน้ำได้อย่างสะดวก ค้นหาสาเหตุ ที่สามารถแก้ไขจัดการได้ ถ้ายาระบายที่ผู้ป่วยใช้อยู่ได้ผลดีให้คงไว้ต่อ มีการทบทวนเป็นระยะ และอธิบายความสำคัญของการป้องกันภาวะท้องผูก

2.7 สะอึก (Hiccup) คือ เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สัมพันธ์ของกระบังลมกับกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง (กรมการแพทย์, 2563) แนวทางการจัดการรักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ เช่น ลดภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง จิบน้ำเย็น เป่าลมใส่ถุงกระดาษเพื่อเพิ่มปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์หรือกลั้นหายใจ ทำให้ตกใจ และให้ยากลุ่ม corticosteroid เช่น dexamethasone, prednisolone ให้ยากลุ่ม antipsychotics เช่น haloperidol, chlorpromazine ให้ยากลุ่ม muscle relaxants เช่น baclofen

สรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มักมีอาการรบกวนหลายอย่าง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด หายใจไม่อิ่ม ท้องผูก อ่อนล้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม จำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน มีการตรวจวินิจฉัยและจัดการอาการอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพจึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี

**1.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง** (กองการพยาบาล,2564)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายไม่ใช่ เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค แต่เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งครอบครัวยอมรับการสูญเสียและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การพยาบาลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์สังคม จิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ ดังนี้

1. การให้การพยาบาลด้านร่างกาย ปัญหาทางกายที่พบบ่อย และผู้ป่วยต้องการการดูแลในระยะท้าย ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ ล้วนเป็นอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ดังนั้นในการให้การพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ต้องสามารถจัดการความปวดร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นต้น พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือประเมินความปวด และวางแผนการจัดการความปวดได้ เช่น ในรายที่ปวดน้อยถึงปานกลาง อาจให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Non Opioids ร่วมกับยาเสริมตามอาการ ในรายที่ปวดปานกลางถึงรุนแรง ให้ยากลุ่ม Weak Opioids โดยให้ยากลุ่ม Non Opioids และยาเสริมร่วมด้วย และในรายที่มีความปวดรุนแรงมากต้องให้ยากลุ่ม Strong Opioids โดยให้ยากลุ่ม Non Opioids และยาเสริมร่วมด้วย เป็นต้น

2. การให้การพยาบาลด้านจิตใจและอารมณ์ พยาบาลต้องรับมือกับกระบวนการเศร้าโศกสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ใน Dying Stage กระบวนการเศร้าโศก หรือ Grief Process (Kubler-Ross, 1973) แบ่งเป็น 5 ขั้นได้แก่ ขั้นช็อคและปฏิเสธ (Shock and Denial) ขั้นโกรธ (Anger) ขั้นต่อรอง (Bargaining) ขั้นซึมเศร้า (Depression) และขั้นยอมรับ (Acceptance) ในการช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วยผ่านพ้นแต่ละขั้นจะต้องเข้าใจ เห็นใจ และพร้อมรับฟังให้เวลากับครอบครัว

ได้พูดได้ระบายความรู้สึก จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้กระบวนการเศร้าโศกในแต่ละบุคคลอาจเกิดขึ้นไม่ครบทั้ง 5 ขั้น ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ ปัจจัยแวดล้อม ภูมิหลัง และสภาพจิตใจของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี อาจยอมรับความสูญเสีย และข้ามพ้นความเศร้าโศกได้เร็ว แต่อาจมีบุคคลที่ติดอยู่ในขั้นปฏิเสธไปตลอดชีวิต

3. การให้การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลต้องประเมินบทบาทและความสำคัญของผู้ป่วยต่อครอบครัว เนื่องจากมีผลต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ค้นหาผู้ดูแลหลัก ประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพและความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อการประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. การให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ พยาบาลต้องประเมินด้านศาสนา ความเชื่อ และจิตวิญญาณ ให้ความหมายและคุณค่าต่อสิ่งต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว ควรให้ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีส่วนร่วมในการพยาบาลโดยอาจจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพิธีการทางศาสนา เช่น การอ่านยาซีน ของมุสลิม การใส่บาตรหรือถวายสังฆทานของชาวพุทธ หรือกิจกรรม Family Meeting เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยปรับความเข้าใจ ขออโหสิกรรม หรือให้ผู้ป่วยได้จัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจ เป็นต้น

นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องให้การดูแลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทของกฎหมายและจริยธรรม เช่น ในกรณีผู้ป่วยเขียนเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาหรือได้มีการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) หรือได้เขียน Living Will ระบุเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยซึ่งเป็นเรื่องที่พยาบาลต้องวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวให้ชัดเจน และทุกฝ่ายยอมรับในแผน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาภายหลังการเสียชีวิต

สรุป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย เป็นการดูแลทุกมิติแบบองค์รวมอย่างบูรณาการ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว ประกอบด้วยการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองการพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การประสานการประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนและปกป้องสิทธิผู้ป่วย การจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัว ภายหลังการเสียชีวิต การวางแผนการดูแลรักษา (Care Planning)

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความมั่นใจว่าการวางแผนการรักษา มีความเฉพาะตัวและทำโดยทีมสหสาขา โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ,ปาริชาติ เพียสุพรรณ์,2560) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score

| **PPS 70-100%** | |
|---|---|
| **Disease Management** | **แผนการดูแล** |
| การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการดูแล | ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพจัดการอาการที่มีค่าคะแนน > 4 โดยใช้ทั้ง pharmacological และ non-pharmacological management |
| | ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล (nursing care) |
| การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ | ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษา |
| | ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว |
| | ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว |
| การประเมินและดูแล | สอนวิธีการประเมินอาการ การใช้ยาต่างๆ และสอนการดูแลทั่วไป |
| | สอนการดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แผล ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน |
| รวบรวมปัญหาวางเป้าประสงค์การรักษา | ทำแผนการจัดการอาการและ nursing care plan |
| | พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน |
| | ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์ |

| **PPS 40-60%** | |
|---|---|
| **Disease Management** | **แผนการดูแล** |
| การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการจัดการอาการ | ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดและพิจารณาวางแผนการรักษา โดยยึดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ |
| | ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย อาการต่างๆ และการจัดการ |

**ตารางที่ 2** Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score (ต่อ)

| PPS 40-60% | |
|---|---|
| **Disease Management** | **แผนการดูแล** |
| การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการจัดการอาการ (ต่อ) | ให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับอาการที่มักพบในช่วงที่โรคมีการลุกลาม เช่น ภาวะปวด อาการอ่อนล้า และแนวทางการดูแล |
| | ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง โดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนน > 4 โดยใช้ทั้ง pharmacological และ non-pharmacological management |
| | ประเมินภาวะโภชนาการ ปรึกษาโภชนากรตามความเหมาะสม |
| | ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลและความปลอดภัย ป้องกันการล้มหรืออุบัติเหตุ |
| | แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมและจัดหาเครื่องใช้ต่างๆ ให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วย |
| การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ | ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการดูแล รวมถึงแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) |
| | ประเมินการยอมรับต่อภาวะของโรค และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว |
| | ประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านช่วงเปลี่ยนผ่าน |
| | ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว |
| | ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ |
| | พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน |
| การประเมินและดูแลผู้ดูแล | พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม |
| | สอนวิธีการประเมินอาการ การใช้ยาต่างๆ และสอนการดูแลทั่วไป |
| | สอนการดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แผล ostomy และอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน |
| รวบรวมปัญหาวางเป้าประสงค์การรักษา | ทำแผนการจัดการอาการและ nursing care plan |
| | พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน |
| | ปรึกษาทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง |
| | ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์ |

**ตารางที่ 2** Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score (ต่อ)

| PPS 10-30% | |
|---|---|
| **Disease Management** | **แผนการดูแล** |
| การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการจัดการอาการ | ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกายและอาการต่างๆ และการจัดการ |
| | เป้าหมายดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย |
| | ให้ข้อมูลล่วงหน้า เตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงสุดท้ายของชีวิต |
| การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการจัดการอาการ | ทบทวนการรักษาและยาที่ใช้ ใช้ยาเฉพาะที่จำเป็นและทบทวนวิธีการบริหารยา |
| | วางแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ |
| | ทบทวนผลการตรวจเลือด (live function tests, creatinine) เพื่อปรับขนาดยาแก้ปวดที่ใช้ |
| | ให้อาหารจำนวนน้อยๆ หรือให้จิบน้ำเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ |
| | ทำความสะอาดช่องปาก พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ และพิจารณาหยุดการพลิกตัวในระยะ dying |
| | ดูแลระบบขับถ่าย |
| | จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ |
| การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ | เตรียมครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต |
| | สอบถามความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล |
| | พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีทั้งที่บ้านหรือในชุมชน |
| | ทำ advance directive วางแผนการล่วงหน้าเกี่ยวกับ withhold/withdraw life support |
| | ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา Bereavement care plan |
| การประเมินและดูแลผู้ดูแล | สอนวิธีดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย (comfort care) |
| | Bereavement care plan |

**ตารางที่ 2** Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score (ต่อ)

| PPS 10-30% | |
|---|---|
| **Disease Management** | **แผนการดูแล** |
| รวบรวมปัญหา วางเป้าประสงค์การรักษา | ทบทวนความจำเป็นของการประชุมทีมสหสาขา เพื่อวางเป้าหมายการดูแล |
| | ทำแผนการจัดการอาการและ nursing care plan |
| | พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน Terminal care plan checklist (ในผู้ป่วย PPS 10-20%) ในระยะ dying ใช้ Integrated Care Pathway for Dying Patients |
| | ติดตามประเมิน PPS ทุกสัปดาห์/วัน |
| การประเมินและดูแลผู้ดูแล | แจ้งให้ครอบครัวทราบ แนะนำแหล่งประคับประคองจิตใจ ให้การประคับประคองด้านจิตวิญญาณ และbereavement care อธิบายขั้นตอนและประสานการจัดการเอกสารเกี่ยวกับการแจ้งตาย การนำศพกลับบ้าน |

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์,(2560) สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2567

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้จัดทำกรอบแนวคิดการจัดบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
2. การบริการผู้ป่วยตามระบบบริการสุขภาพ
3. อาสาสมัครมาร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. กระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวม ทั้งการประเมินสภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือโดยนักสังคมสงเคราะห์
5. การประเมินสภาพจิตใจของบุตรหลานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่ามีผลกระทบในเรื่องใดบ้าง เช่น ภาวะซึมเศร้า การขาดเรียน เป็นต้น
6. การดูแลภาวะโศกเศร้าของญาติและครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
7. ทีมเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,2563)

ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ การที่บุคคลเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาในแนวทางที่ตัวเองต้องการ เผื่อในกรณีที่บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจ ไม่สามารถแจ้งความจำนงแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการแก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลได้การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษา ในแนวทางที่ตนเองต้องการ ทำให้ครอบครัวทราบความต้องการและไม่ต้องลำบากใจ ในการตัดสินใจแทน รวมถึงลดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้ทีมสุขภาพทราบและดำเนินการในแนวทางการดูแลที่ตนเองต้องการ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระในวาระสุดท้ายของชีวิต (กรมการแพทย์, 2563)

1. กระบวนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารสร้างความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ใช้ความละเอียดอ่อนและสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร พูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนดังกล่าวแพทย์ต้องพูดคุยเพื่อค้นหาผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) รวมถึงค้นหาผู้เป็นตัวหลักหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ สอบถามความเข้าใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค และพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในระดับใด

ขั้นตอนที่ 2 การบอกพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่ตรงตามความจริง โดยแพทย์ต้องมีทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ ใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวัน เพื่อให้เข้าใจง่าย การสื่อสาร เรื่องพยากรณ์โรคมีความสำคัญ ไม่ควรให้การพยากรณ์โรคที่ดีเกินจริง หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วย และครอบครัวประสบช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ รวมถึงทีมสุขภาพช่วยร่วมวางแผน การดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและการบริการต่างๆ ที่ครอบครัวต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ควรพยายามส่งเสริมให้มีการพูดคุย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต และมีโอกาสสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษา ในระยะต่างๆ ของโรครวมถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ถ้าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะดี ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินขึ้น ผู้ป่วยมีเป้าหมายให้แพทย์ดูแลในแนวทางใด เป้าหมายอาจ

ได้แก่ การทำทุกอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดไม่ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร หรือเป้าหมายการรักษาที่ไม่รุกราน ถ้าแพทย์เห็นว่าโอกาสสำเร็จมีน้อยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางคนอาจอยากเลือกเป้าหมายให้แพทย์ทดลองรักษาแต่ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นตามที่หวังขอให้ยุติและถอดถอนการรักษานั้นออก ควรมีการพูดคุยถึงเป้าหมายการดูแลเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยมักอยู่ในสภาวะติดเตียงต้องพึ่งพิงทุกอย่าง ต้องเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คล้ายกันคือ ต้องการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและหลีกเลี่ยงการพยุงชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการดูแล ทีมสุขภาพควรพูดคุยเรื่องรายละเอียดทางเลือกของการดูแลรักษาต่างๆ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง แผนการดูแลของผู้ป่วย ต้องคล้อยตามเป้าหมายการดูแล ที่ผู้ป่วยวางไว้ เช่นไม่ว่ามีอะไรเกิดขึ้น เป้าหมายคือการรักษาเต็มที่ ให้ได้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การรักษาทุกอย่างยังต้องคงไว้ เช่น การรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใช้เครื่องพยุงชีพต่างๆ แต่ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วย คือการดูแลให้สุขสบายไม่รุกราน แผนการดูแลของผู้ป่วยคือ การรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวด เช่น ให้ยาระงับอาการ การให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม ปฏิเสธการพยุงชีพที่รุกราน เช่น การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การล้างไต เป็นต้น ทีมสุขภาพอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่ต้องการเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เครื่องพยุงชีพ ข้อดี ข้อเสีย ความไม่สุขสบายและภาระที่เกิดขึ้น พูดคุยคำสั่งการกู้ชีพ (resuscitation order) การยืนยันถอดเครื่องพยุงชีวิตถ้าการลองรักษาไม่ได้ผลตามคาด

2. การบันทึกเจตจำนงของผู้ป่วยและการจัดเก็บบันทึกเอกสาร (Advance care planning documents) หลังจากที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงเลือกเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์ควรทบทวน เอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่ยังคลาดเคลื่อนหรือเข้าใจไม่ตรงกัน ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตจำนงต้องมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษาของทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสาร เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

3. มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นระยะ สรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวมอย่างบูรณาการ เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมที่ผู้ป่วยและญาติ กำลังประสบอยู่ รวมถึงการสนับสนุน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า(advance care planning) เพื่อหลีกเลี่ยง

การรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ที่สร้างความทุกข์ทรมาน และช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า สมศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**2. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน**

ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเกี่ยวข้องกับคำในภาษาไทยและภาษาอังกฤษหลายคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน สำนักการพยาบาลได้กำหนด ความหมายของคำไว้ ดังนี้ (สำนักการพยาบาล, 2556)

Home Health Care มีการแปลเป็นภาษาไทยไว้หลากหลาย ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น จุดเน้นของ Home Health Care คือ การที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร และอื่นๆร่วมกันเป็นทีมสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Home Visit หมายถึง การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมหรือเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคลและผู้ป่วยที่บ้าน

Home Ward หมายถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคไต อัมพาต ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวาระสุดท้าย ฯลฯ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและ ครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การฟื้นหายหรือทุเลา จากความเจ็บป่วย มีสุขภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/หรือสร้างความอบอุ่นในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ผู้ป่วย และครอบครัว โดยพยาบาลใช้ที่อยู่อาศัย/บ้านของบุคคลและผู้ป่วยเป็น สถานที่ให้บริการสุขภาพ ให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ฝึกทักษะ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นหายจากความเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดีหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ตามศักยภาพ สามารถพึ่งตนเองได้ภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมของครอบครัว โดยมีครอบครัวร่วมให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น มีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือ อันตราย ตลอดจนพัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับสมาชิกได้ (สำนักการพยาบาล, 2556)

Home Health Care Nursing หรือการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน หมายถึง ระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถปรับตัวและจากโลกนี้ไปอย่างสงบ โดยมีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ในการประเมินภาวะสุขภาพและให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน (High-tech Home care) และโดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมายและกลวิธีในการดูแลตนเอง และ/หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว (Self-Determination) ซึ่งมีหลักการสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแลและครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการปลอดจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะที่สุขภาพอำนวยประโยชน์สูงสุด (Optimal Health) ไม่ว่าจะป่วย พิการ หรือกำลังจะตาย (วรณัน ประสารอธิคม, 2561)

บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์ (กรมการแพทย์, 2565)

**สรุป** การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการบริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการ การฟื้นฟูสภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว นำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น ภายใต้ความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงการให้บริการทางการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะ เพื่อมีความรู้และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (สำนักการพยาบาล, 2556)

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความพร้อมผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและวิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินการ วางแผนจำหน่ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลปรับแผนการพยาบาลเพิ่มเติมจากปัญหาที่พบที่บ้าน

2. เพื่อให้คำแนะนำ ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ และปรับพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสมสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

3. เพื่อให้บริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถให้การ ดูแลตนเองได้

4. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ลดอาการรุนแรงเฉียบพลันของภาวการณ์เจ็บป่วยและพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

5. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวใน การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านมุ่งจัดบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพโดยให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวม ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการตามแผนการดูแลเหมาะสมกับความต้องการ สามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาวะได้

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (วรณัน ประสารอธิคม, 2561)

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นปัญหาที่ทวีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยเรื้อรังจากภาวะวิกฤตลดลง ผู้ป่วยเรื้อรังที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตและไม่สามารถดูแลตนเองได้มีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพราะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และต้องการการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งถ้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลจนอาการทุเลาหรือดีขึ้น จะต้องใช้เวลานานมากและเสียค่าใช้จ่ายสูง นโยบายของโรงพยาบาลในปัจจุบันนี้ จึงพยายามที่จะจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังกลับบ้านให้เร็วที่สุด โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับบริการนี้ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาล แต่ยังต้องการพยาบาลการฟื้นฟูสภาพหรือบริการบางอย่างจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต้องการการสอน คำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นระยะ ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์และ

เครื่องมือทางการแพทย์ ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสามารถดูแลตนเองได้บางส่วนหรือทั้งหมดต้องการการดูแลที่บ้านจากพยาบาลเกี่ยวกับคำแนะนาปรึกษาในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินผลลัพธ์ของการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับบริการนี้ต้องการการพยาบาลบางอย่างที่จำเป็นเพื่อการคงไว้และหรือฟื้นฟูสุขภาพต้องการสอน คำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นระยะๆ เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน ในการดูแลที่บ้านต้องยึดหลักการให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายระยะสั้นเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน และกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ในการทำงานให้ประสพความสำเร็จนั้น ยังต้องมีทีมสหสาขา ที่พยาบาลสามารถประสานงาน และทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ กำลังคน และสิ่งอำนวยความสะดวก

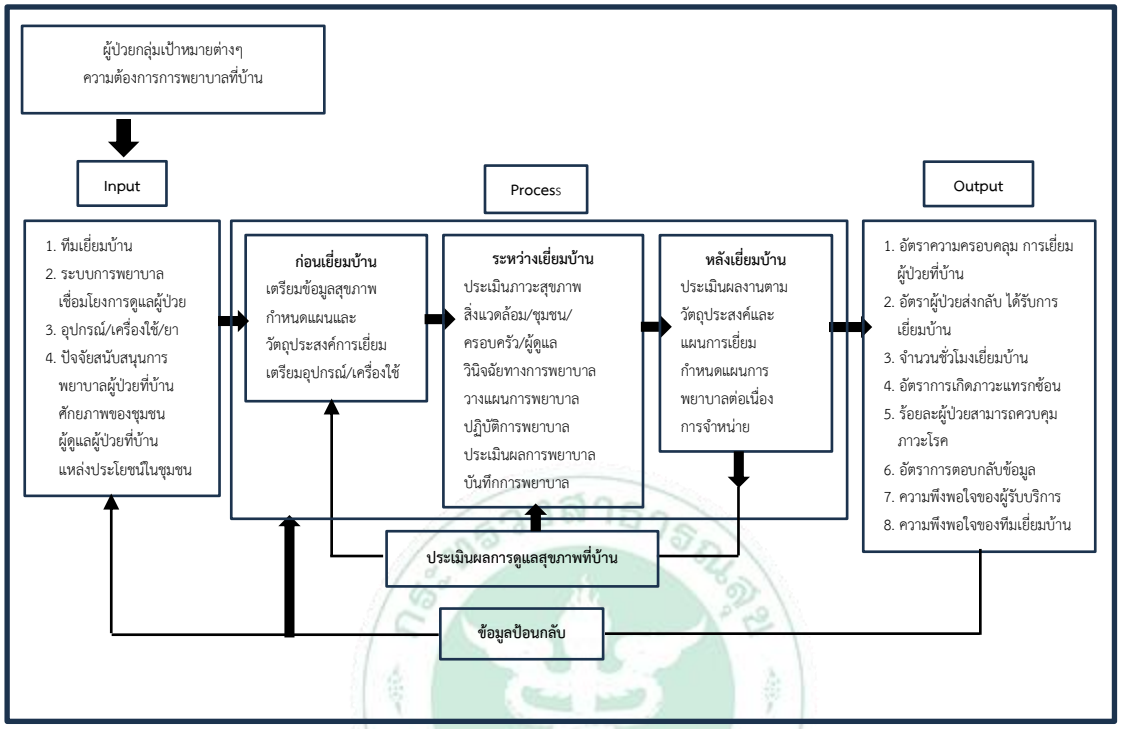
นอกจากนี้พยาบาลต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาว คือผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมอยู่ที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ

**กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน**

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ เข้าการดำเนินงาน (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์การ ดำเนินงาน (Output) ซึ่งแสดงตามภาพที่ 4

กรมการแพทย์

**ภาพที่ 4** กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน




ที่มา: สำนักการพยาบาล, 2556 สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2567

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสำนักการพยาบาล (สำนักการพยาบาล,2556) ได้แก่ แนวคิดเชิงระบบ 3 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) ได้แก่ การเตรียมทีมเยี่ยมบ้านระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย, การเตรียมอุปกรณ์ / เครื่องใช้ /ยา, ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน, ศักยภาพของชุมชน, การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

2. ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ กระบวนการก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้านและหลังเยี่ยมบ้าน

3. ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Output) ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

1. ด้านปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) ประกอบด้วย (สำนักการพยาบาล, 2556)

1.1 ทีมเยี่ยมบ้าน

1.2 ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย

1.3 อุปกรณ์ / เครื่องใช้

1.4 ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

1.4.1 ศักยภาพของชุมชน

1.4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.4.3 แหล่งประโยชน์ในชุมชน

1.1 ทีมเยี่ยมบ้าน หมายถึง เป็นทีมที่พยาบาลวิชาชีพมีการประสานการ ดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย/ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกรฯและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยปฐมภูมิ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข ทันตาภิบาลฯ และภาคี เครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ แต่ละสาขาวิชาชีพ จะเข้ามาร่วมในกรณี ผู้ป่วยมีสภาพปัญหาต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขานั้นๆ เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการการทำกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดจะเข้าร่วมทีม และภาคีเครือข่ายที่มาร่วมทีม อาจเป็นจิตอาสาที่เป็นประชาชนในชุมชนมาเป็นผู้เยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อนบ้านที่ช่วยรับหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล ฯลฯ

บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้ (สำนักการพยาบาล, 2556)

1. บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพ (Care Manager) พยาบาลต้องแสดงบทบาทเป็นผู้จัดการระบบบริการที่บ้าน โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ วางแผน กำหนดทิศทาง การติดตาม ควบคุมกำกับ และการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดบริการดูแลสุขภาพครอบคลุมบุคคล ครอบครัว ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

2. บทบาทการเป็นผู้นำ (Leader) พยาบาลต้องมีลักษณะของผู้นำ คือ กล้าแสดงความคิดเห็นมีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการ ทำงาน ประสานงานกับชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้เป็นแบบอย่างที่ดีของการมีสุขภาพดีและร่วมกันกำหนด แนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมกำหนดแผนและนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

3. บทบาทของการดูแลเอาใจใส่ (Care Provider) พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยและญาติและยอมรับในความ เป็นบุคคล เอาใจใส่เยี่ยมบ้านและให้การดูแลเสมือนเครือญาติ

4. บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยส่งเสริมการออกกำลังกาย พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนมีชมรมออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อชุมชนในอนาคต

5. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่เน้น การช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ยังช่วยเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ต้องการ Psychosocial Support โดยทำ Counseling ที่บ้าน หรือติดตามประเมินผลการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง จิตใจที่ต้องอยู่ร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในชุมชน และการติดตามทางโทรศัพท์ ในกรณีที่อาการคงที่และต้องติดตามระยะยาว

6. บทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Educator) ให้สุขศึกษารูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมบ้านโดยให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่บ้านได้

7. บทบาทของการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator/Helper) ต้องมีทักษะในการสื่อสารกับคนในครอบครัวได้ทุกระดับ สามารถ พูดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้เพราะการติดต่อสื่อสารช่วยสร้างความไว้ วางใจ และรับบทบาทของการช่วยเหลือมีส่วนช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว

8. บทบาทการเป็นผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ (Client Advocate) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองในด้าน สุขภาพ เช่น สิทธิพื้นฐานในการรับบริการ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของ ตนเอง การรักษาของแพทย์ เป็นต้น

9. บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) สามารถค้นคว้าหาความรู้อย่าง เป็นระบบมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้าน สุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยหรือนำผลวิจัยที่เกี่ยวกับบริการเยี่ยม บ้านมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคลที่บ้าน ครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่ มีความรู้ ความสามารถใช้ทักษะทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง มีความ ละเอียดอ่อน ช่างสังเกต ตัดสินใจได้รวดเร็วเกี่ยวกับการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาได้ทันเวลา แก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์และรับผิดชอบอย่างสูงจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีคุณภาพ เพิ่มมากขึ้น

คุณสมบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทัศนคติ ความรู้ และทักษะ ประกอบด้วย ดังนี้ (กรมการแพทย์,2557)

แพทย์: มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,มีทักษะการสื่อสาร (Communication skills) กับผู้ป่วย

เภสัชกร: จัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่นยาระงับปวด โดยเฉพาะ morphine รูปแบบต่างๆ ช่วยให้การดูแลบริหารยาและปฏิกิริยาของยาต่างๆ

โภชนากร: จัดเตรียมและดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ,ฝึกทักษะญาติในการเตรียมอาหาร เช่น อาหารทางสายยาง (อาหารปั่น) อาหารเฉพาะโรค

นักสังคมสงเคราะห์: ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน และการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้, ให้คำปรึกษาสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน, การประสานการเข้าออกจากโรงพยาบาล หรือแหล่งสนับสนุนและร่วมออกเยี่ยมบ้าน

อาสาสมัคร: มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย, มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรง

ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม: เป็นผู้มีวุฒิภาวะที่สามารถชี้นำการดำเนินชีวิตของผู้อื่นได้ด้วยคำสอน หลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณีหรือวิถีชีวิต มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย มีความเข้าใจกฎไตรลักษณ์ มีความรู้พื้นฐานในเรื่องของโรคและอาการแสดง มีความรู้เรื่องพัฒนาจิตและมีเทคนิคในการให้คำปรึกษา

บทบาทของอาสาสมัครชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (สำนักการพยาบาล, 2556) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอบทบาทของอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ไว้ดังนี้

1. การสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวแบบหุ้นส่วน

2. การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่บ้าน

3. การเตรียมเครือข่ายในชุมชน เพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิต

ทั้งนี้ อาสาสมัครชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน จึงเป็นบุคคลสำคัญ ที่จะช่วยเหลือให้บุคคลและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิต ต่อไปได้อย่างดี แม้จะเกิดความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ก็สามารถผ่านเหตุการณ์นั้นไปได้ด้วยดี

ในการศึกษานี้ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการและอาสาสมัครชุมชน

ในชุมชนต้นแบบฯ จำนวน 3 ตำบล ซึ่งผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคองขั้นพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครแล้ว ในปี 2563 และผ่านการอบรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและเข้าฐานสอนสาธิตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวไปที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต ในปี2564-2565 มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและแนวทางประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้าน และความรู้ต่างๆที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (ภาคผนวกที่ 2)

1.2 ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลยังต้องการการฟื้นฟูสภาพอีกระยะหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีรอยโรคส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และมีความจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถปรับตัวได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อที่บ้าน พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องจัดระบบการดูแลที่บ้านให้เชื่อมต่อกับ โรงพยาบาลที่ รักษาผู้ป่วย ด้วยการจัดวางระบบการพยาบาลเกี่ยวกับ

1.2.1 ระบบการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาถึงบ้าน ตามแผนการจำหน่ายที่กำหนดจากโรงพยาบาล ให้มีการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่องเป็นแผนเดียวกัน และใช้แผนการจำหน่ายแผนเดียวกัน เพื่อให้แผนการพยาบาลมีความต่อเนื่องมุ่งสู่เป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด

1.2.2 ระบบการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องประเมินและจำแนกความต้องการ เพื่อจัดทำแผนการดูแลที่สอดคล้องกับการวางแผนจำหน่ายและประสานทีมสหสาขาเข้ามาร่วมดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพตามระยะการดำเนินของโรคและความต้องการจำเป็น กำหนดช่วงเวลาความถี่ของการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ต้องคำนึงถึงความต้องการจำเป็นของแผนการพยาบาลที่จะต้อง ติดตามประเมินความก้าวหน้าการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ทักษะการช่วยเหลือของผู้ดูแลและครอบครัว โดยวิเคราะห์ตั้งแต่สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การใช้ยา การมีอุปกรณ์ช่วยพิเศษติดตัวผู้ป่วยฯ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ใช้ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการประสานทีมสหสาขามาร่วมกันวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละรายและสร้างภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือสนับสนุนทรัพยากรในการเยี่ยมบ้านของชุมชนการจัดระบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นกระบวนการ สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน การจัดระบบเพื่อ ให้เกิดความเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลทุกระดับมาถึงบ้านของผู้ป่วย ควรจัดระบบบริการให้เป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center) เป็นศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล พยาบาลที่อยู่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน

จัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความต้องการการดูแลที่กำหนด ทีมสหสาขาที่จะต้องร่วมทีมไปดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา เพื่อสะดวกต่อการกำหนดนัดทีมเยี่ยมบ้านวางแผนการดูแล และกำหนดระยะถี่ห่างในการเยี่ยมบ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย นำแนวทางการวางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลระยะยาวเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ดีที่สุด ที่สภาวะใดเป็นเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดกับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จากระบบเยี่ยมบ้านของหน่วยงาน แล้วจึงนำเป้าหมายสุดท้ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลให้สอดคล้องกับการฟื้นสภาพในแต่ละระยะเป็นแผนระยะสั้น เพื่อทำการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระยะๆ ซึ่งแผนการพยาบาลจะต้องกำหนดให้สอดคล้องกับการวางแผนจำหน่ายในแต่ละระยะของแผนระยะสั้น เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากภาวะความเจ็บป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่การฟื้นสภาพดีขึ้น อีกระดับหนึ่งของการดูแลและเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบการดูแลของทีมสุขภาพ ไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านได้ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย (สำนักการพยาบาล, 2556)

ระบบการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย (สำนักการพยาบาล, 2556)

การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการ กลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่าง บุคลากรหลายๆด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจนสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง แก้ปัญหาสุขภาพจากโรคที่เป็นอยู่รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติ เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ ด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อนมาก และกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึงระดับพึ่งพาตนเองได้

ระบบการส่งต่อ (Referal System) เป็นกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องจัดระบบเตรียมความพร้อมด้านความรู้การพัฒนาศักยภาพทักษะของผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาฟื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้านได้ภายใต้การติดตามดูแลของทีมสุขภาพในกระบวนการส่งต่อจะรวมถึงการประสานให้เกิดกิจกรรมการดูแลรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคลากรและทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลทำงาน ร่วมกับทีมสุขภาพของรพ.สต. และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน (Bull & Gross, 2000) เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้

การดูแลจะต้องมีความต่อเนื่องในทุกปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อให้สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากภาวะโรค และกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหาการดูแลต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะมีปัญหาวิกฤตเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน และมีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะๆจากพยาบาลหรือทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่องเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยมีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับที่ชัดเจน เพื่อการประสานแผนการดูแลที่มีคุณภาพ รวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น กิจกรรมการตรวจสุขภาพในช่วงเวลาเดียวกัน การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลเหมาะสมตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสุดท้ายของการดูแล คือ ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ

การดูแลต่อเนื่อง คือ การประสานงานของทีมสหสาขาที่ให้การดูแลประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลรักษาการประคับประคองด้านจิตสังคมและวิญญาณ รวมถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตลอดระยะการรักษาจนกว่าจะเสียชีวิต (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,2560) ศูนย์การุญรักษ์มีขั้นตอนดังนี้

1. ทีมดูแลประคับประคองรับผิดชอบในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อบูรณาการการดูแลและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดระยะการดูแลต้องเริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย ดังนี้

- ดูแลจัดการอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด หายใจลำบาก และอาการอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยอยู่สุขสบาย ทั้งวิธีการใช้/ไม่ใช้ยา คาดหมายอาการที่อาจจะเกิดขึ้นที่บ้านและวางแผนการดูแลอย่างดี รวมทั้งเตรียมยาไปใช้ที่บ้านอย่างเพียงพอ

- สื่อสารกับผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรคการพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ สถานที่เสียชีวิตและการพยุงชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์

- ประเมินและมองหาผู้ดูแลหลัก/รอง สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ยา ช่องทางการสื่อสารกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง การใช้อุปกรณ์การแพทย์และการแนะนำให้มีโอกาสได้พักตามความเหมาะสม

- จัดหา/ให้ยืม อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เตียง syringe driver เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

2. ทีมดูแลประคับประคองสังเคราะห์ แผนการดูแล ประสานให้เกิดการดูแลตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

3. ทีมดูแลประคับประคองทบทวนแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย

4. ทีมดูแลประคับประคองประสาน ส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่ายทีมสุขภาพชุมชนทุกระดับของสถานบริการ รวมถึงที่บ้านผู้ป่วยและครอบครัว และทีมทุกระดับสามารถสื่อสารกันได้อย่างทั่วถึง ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องสม่ำเสมอ นัดติดตามที่โดยประเมินสมรรถนะผู้ป่วย

PPS 50-100% นัดทุก 1 เดือน

PPS 30-40% นัดทุก 2 สัปดาห์ โดยอาจเป็นการเยี่ยมบ้าน

PPS10-20% นัดทุกสัปดาห์ โดยอาจเป็นการเยี่ยมบ้าน

5. ดูแลจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) กรณีประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาการจัดการอาการได้ไม่ดี ครอบครัวมีความขัดแย้งไม่เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้ และเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต เยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม

- โทรศัพท์ติดตามอาการสม่ำเสมอโดยพยาบาลเจ้าของไข้

PPS 10-20% โทรศัพท์ติดตามทุกวัน

PPS 30-40 % โทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์

PPS 50-70% โทรศัพท์ติดตามทุกเดือน

PPS 80-100% โทรศัพท์ติดตามทุก 2 เดือน

- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลสลับกันอยู่เวร

ในการศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านตามแนวทางของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดังนี้

PPS 50-100% นัดและออกเยี่ยมบ้าน ทุก 1 เดือน
โทรศัพท์ติดตามทุก1-2 เดือน

PPS 30-40% นัดและหรือออกเยี่ยมบ้าน ทุก 2 สัปดาห์
โทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์

PPS10-20% นัดและออกเยี่ยมบ้าน ทุกสัปดาห์
โทรศัพท์ติดตามทุกวัน

1.3 อุปกรณ์/เครื่องใช้ สำหรับการเตรียมตัวก่อนออกเยี่ยมบ้านอุปกรณ์เครื่องมือ เป็นสิ่งสำคัญซึ่งควรเตรียมให้พร้อมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย (สำนักการพยาบาล, 2556)

อุปกรณ์ประเภทที่ 1 สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับที่ 1-2 คือ กระเป๋าเยี่ยมบ้านและอุปกรณ์ที่ต้องมี ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เครื่องวัด ความดันแบบพกพา หูฟัง เครื่องวัดระดับน้ำตาลแบบพกพา ปรอทวัดไข้ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น ชุดทำแผล น้ำยาสำหรับการทำแผล และเวชภัณฑ์ยาที่สำคัญในการพยาบาลเบื้องต้น

อุปกรณ์ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ต้องเตรียมเฉพาะราย สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับที่ 3 เช่น สายสวนปัสสาวะและชุดสวน ปัสสาวะ สายยางให้อาหาร ชุดออกซิเจน สายดูดเสมหะ สารหล่อลื่น และสื่อการสอน/แผ่นพับประกอบการสอนสุขศึกษา ยาและเครื่องให้ยาทางใต้ผิวหนัง (Syringe driver) สำหรับจัดการอาการรบกวนระยะใกล้เสียชีวิต เป็นต้น

อุปกรณ์ประเภทที่ 3 เป็นอุปกรณ์อื่นๆ เช่น กล้องถ่ายภาพ เพื่อ ติดตามความก้าวหน้าสภาพบาดแผลหรือภาพภายในครอบครัว และเป็นเครื่องเตือนความทรงจำหรือเก็บเป็นหลักฐานนำมาสู่การปรึกษาวางแผนจัดสิ่งแวดล้อมกับทีมสุขภาพเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ต้องขออนุญาตก่อนโดยเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มตามแนวทาง การพิจารณาเชิงจริยธรรมการให้บริการสุขภาพ

1.4 ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (สำนักการพยาบาล, 2556)

การเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนของการรักษา และมีการเบี่ยงเบนจากปกติ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพและต้องใช้เวลายาวนานในการดูแลและควบคุมให้อาการคงที่ อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นภาระที่ยาวนาน สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยถ้ามีความใกล้ชิดกันมากจะมีความผูกพัน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน โดยไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวของตัวเอง ไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียด ซึ่งส่งผลกระทบกับชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังนั้นปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่ต้องคำนึงถึงคือ ศักยภาพของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ดังนี้

1.4.1 ศักยภาพของชุมชน

ศักยภาพของชุมชน การดำเนินงานเยี่ยมบ้านเป็นภารกิจที่พยาบาลต้องสร้างระบบการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย เป็นการดำเนินงานในชุมชน ซึ่งไม่มีบุคลากรสาธารณสุขอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการหาคนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน/จิตอาสา/

อสม.ฯลฯ มาช่วยเยี่ยมบ้าน ติดตามทุกข์ สุข ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นคนส่งข่าวความต้องการการช่วยเหลือในช่วงเวลาที่ว่างเว้นการเยี่ยมบ้านของทีมการพยาบาล

1.4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิตที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยซึ่งมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากภาวะของโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือต้องการการดูแลรักษาเฉพาะโรค เป็นการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านในชุมชนแหล่งที่พักอาศัยหรือสถานพยาบาลต่างๆก็ได้ โดยอาจจะเป็นผู้ดูแลหลัก คือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอหรือเป็นผู้ดูแลร่วม คือช่วยเหลือให้การดูแลเป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ดูแลต้องได้รับการสอน ฝึกทักษะที่จำเป็นจากพยาบาลและมีความเข้าใจแผนการรักษาและวิธีการปฏิบัติดูแลตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน แหล่งประโยชน์ในชุมชนจะเป็นต้นทุนในชุมชนมีส่วนสำคัญที่ทำให้กระบวนการทำงานของพยาบาล ในการจัดการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี โดยทุนที่นำมาใช้สำหรับการจัดการดูแล ได้แก่ ทุนด้านบุคคล เป็นการใช้คนในชุมชนสำหรับการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นผู้นำในชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) มีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำของพยาบาล สื่อสารข้อมูลความเจ็บป่วยของคนในชุมชนให้ทีมสุขภาพ แนะนำกิจกรรม บริการของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เป็นผู้นำทางให้พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนจิตอาสา/เพื่อนบ้าน เป็นผู้ช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทำความสะอาดร่างกาย จัดหาอาหาร ป้อนอาหาร จัดยาดูแลด้านสิ่งแวดล้อม พูดคุยให้กำลังใจ ผู้นำทางศาสนา เป็นผู้นำศาสนาต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนโดยเป็นศูนย์รวมยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวบ้าน มีอิทธิพลต่อการโน้มน้าว ชักชวนบุคคลร่วมดูแลสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านสิ่งของ การเงิน และมีส่วนร่วมเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยเรื้อรัง มีบทบาท ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้กำลังใจหรือมอบสิ่งของ เป็นต้น หน่วยงานองค์กรต่างๆ ในชุมชน ที่พยาบาลสามารถแนะนำญาติและผู้ป่วยขอความช่วยเหลือด้านงบประมาณและทุนต่างๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชน เพื่อจัดสรร สำหรับการบริการเชิงรุกให้บุคคลและ

ครอบครัวในชุมชนได้เข้าถึงบริการ เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน ฯลฯ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ประสานงานร่วมกันหรือสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในชุมชน รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมดูแล

พยาบาลที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องสามารถประสานให้ผู้ป่วยที่บ้านมีผู้ดูแลและมอบหมายความรับผิดชอบในบทบาทผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรอง ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านเหมาะสมตามสภาพปัญหาความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยแต่ละราย ในรายที่ต้องการการสนับสนุนทรัพยากรพยาบาล ก็รู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนและสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนช่วยเหลือได้เหมาะสม/แนะนำให้ข้อมูลบุคคล ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตใหม่อีกครั้งหลังฟื้นหาย โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้สามารถพึ่งตนเองได้ตามบริบทและตามความสามารถที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีอยู่

2. กระบวนการดำเนินงาน (Process)

กระบวนการดำเนินงาน (Process) คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม เยี่ยมบ้านกับผู้ป่วย/ครอบครัว กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นตลอด กระบวนการดำเนินงานที่แสดงความรู้ของผู้ให้บริการที่นำศาสตร์ด้านต่างๆ มาประยุกต์ใช้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพ พยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการทุกขั้นตอน ในแต่ละระยะของการดำเนินงาน ทั้งระยะก่อนดำเนินงาน ระยะระหว่างการดำเนินงาน ระยะหลังดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ คือ 1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน และ3) ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน (ศรีเวียง ไพโรจน์กุลปาริชาติ เพียสุพรรณ์ ,2560)

1. ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน

ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการเตรียมความพร้อม ซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านบุคคล และด้านอุปกรณ์ รายละเอียดดังนี้

ด้านข้อมูล

- ควรมีการศึกษาประวัติผู้ป่วย ทบทวนการรักษาที่ได้รับรวมถึงยาที่ต้องใช้และวิธีการบริหารยาที่ได้รับล่าสุด (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากทีมเยี่ยมบ้านยังไม่เคยพบผู้ป่วยมาก่อน) และคาดการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อเตรียมการรับมือเฉพาะหน้า เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว หรืออาจมีอาการใหม่ๆ

ที่ญาติไม่เคยตระหนักมาก่อนเกิดขึ้นได้ หากไม่ได้คาดการณ์หรือเตรียมรับมือล่วงหน้า อาจทำให้เกิดความวุ่นวายระหว่างเยี่ยมบ้านได้

- การเตรียมแผนที่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติ

ด้านบุคคล

- เตรียมทีม พิจารณาว่าควรมีบุคลากรสาขาใดร่วมออกเยี่ยมบ้านบ้าง ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อได้บุคลากรแล้ว หากเป็นไปได้ควรประชุมทีมร่วมกันก่อนเพื่อชี้แจงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ รวมถึงหน้าที่ของแต่ละคนให้เข้าใจตรงกัน

- เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และอาจใช้โอกาสนี้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัญหาของญาติที่เกิดขึ้นใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำมาประกอบการวางแผนเยี่ยมบ้าน และถ้าเป็นไปได้ก่อนออกเดินทางควรแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีเวลาเตรียมตัวด้วย

ด้านอุปกรณ์

- กระเป๋าเยี่ยมบ้าน ในการจัดของใช้ลงในกระเป๋า ก่อนลงเยี่ยมบ้านควรโทรสอบถามถึงปัญหาของผู้ป่วยก่อน เพื่อมีอุปกรณ์เพียงพอในการช่วยจัดการปัญหาที่บ้านได้

- เอกสารที่จำเป็น เช่น ใบสั่งยา แผ่นพับให้ความรู้ ใบส่งตัว ใบรับรองแพทย์ (ผู้ป่วยบางรายหรือบางพื้นที่ อาจจำเป็นต้องใช้เป็นหลักฐานประกอบในทางกฎหมาย กรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน) ใบแสดงเจตนาการรักษา(living will) ในกรณีที่ยังไม่เคยทำและมีอาการเปลี่ยนแปลง

2. ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน ประเมินสมรรถนะร่างกายผู้ป่วย (PPS) ว่าลดลงหรือไม่ร่วมกับซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพิ่มเติม

- ประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาการคงเดิม หรือมีอาการอะไรเพิ่มจัดการปัญหาที่ตรวจพบทันที เช่น ถ้าพบว่า ปากแห้งดูแล mouth care ถ้าพบว่าปวดมากขึ้นดูแลให้รับประทานยาลดปวดทันทีและปรับยาลดปวดให้ใหม่ ถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างดูแลสวนปัสสาวะถ้าพบว่าท้องผูกรุนแรงดูแลสวนอุจจาระร่วมกับช่วยล้วงอุจจารออกให้มากที่สุด เป็นต้น

- ประเมินผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายที่บ้านได้ดีหรือไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไรในการดูแล พร้อมหาแนวทางในการช่วยเหลือ

- ประชุมครอบครัว/ให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็น เช่น ข้อมูลเรื่องโรค พยากรณ์โรคแผนการดูแลจัดการอาการต่างๆ ทบทวนเป้าหมายการดูแลหรือแผนการดูแลล่วงหน้า

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์

- เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะถ้าประเมินได้ว่าอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต มีประโยชน์กับครอบครัวมากเพราะเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากที่ควรใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น ประสานให้คนอื่นๆที่อยู่ทางไกลได้มาดูแล วางแผนการลางานหรือวางแผนงานอื่นๆ

หลักการประเมินระหว่างลงเยี่ยมบ้าน ตามตัวย่อ INHOME SSS

I Immobility

- ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การกลั้นการขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย
- การดำรงชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การออกนอกบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร ทำความสะอาด ซักเสื้อผ้า และการรับประทานยา
- การประเมินการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยระยะท้ายส่วนมากมักมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงมาก อาจประเมินคร่าวๆเพียงการเคลื่อนไหว ว่ายังสามารถเดินได้ หรือนั่งๆนอนๆอยู่บนเตียง หรือต้องนอนติดเตียงตลอด เพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและช่วยพยากรณ์ระยะเวลาได้
- สำหรับระยะที่ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงตลอด ประเมินแล้วว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เหลือเวลาอยู่ในระดับวัน ควรแนะนำญาติไม่ต้องพลิกตัวถี่อีกต่อไป เนื่องจากระยะนี้ไม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับอีกต่อไป และการพลิกตัวมักเป็นการรบกวนผู้ป่วย อาจสร้างความเจ็บปวดมากกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยนอนเฉยๆ
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ การพาลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนย้ายจากที่นอนมานั่งเก้าอี้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากจากเก้าอี้ไปห้องน้ำ เป็นต้น

โรงพยาบาลลำปาง
กรมการแพทย์

N Nutrition

- สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย จะเน้นการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืน/รับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ปัญหาที่พบได้บ่อยคือผู้ป่วยรับประทานได้น้อย ซึ่งมักสร้างความกังวลแก่ผู้ดูแลมาก
- ควรประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้ก่อน เช่น อยู่ในภาวะปวด มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีเชื้อราในช่องปาก/ปากแห้ง มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย เป็นต้น
- ชี้แจงให้ครอบครัวทราบถึงความจำเป็นที่ต้องให้ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาลดแก๊สในลำไส้ ยาทาแผลในปากหรือยาอมรักษาเชื้อราในช่องปาก

- หากไม่พบเหตุที่แก้ไขได้ จึงค่อยประเมินความเหมาะสมของการใส่สายยางให้อาหาร โดยดูตามสภาพร่างกายผู้ป่วยและระยะเวลาที่เหลืออยู่เป็นสำคัญ (ซึ่งโดยมากมักไม่มีความจำเป็นต้องใส่) และเมื่อประเมินแล้วอาจถือโอกาสแนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารและสารน้ำสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแก่ญาติ/ผู้ดูแลไปด้วยในตัว
- ประเด็นสำคัญคือเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจว่า ความต้องการอาหารและสารน้ำสำหรับผู้ป่วยระยะนี้ย่อมลดลงเรื่อยๆตามตัวโรคที่ดำเนินไป
- ไม่มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องพยายามคะยั้นคะยอให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือทานอาหารมากๆ อีกต่อไป เนื่องจากอาจเป็นการเพิ่มความทรมานทางกาย เช่น ตัวบวม ท้องอืด ให้ผู้ป่วยมากกว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่นหรือหายจากโรคได้อย่างที่คนทั่วไปมักเข้าใจกัน ซึ่งระยะนี้ ผู้ดูแลอาจเปลี่ยนความสนใจมาดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย แทนการพยายามป้อนข้าวป้อนน้ำอย่างที่เคยทำ
- ดูแลจัดหาอาหารอะไรที่ผู้ป่วยชอบ แนะนำญาติให้จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดปริมาณอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อลงแต่เพิ่มจำนวนมื้อเพื่อลดอาการท้องอืดแน่นอึดอัด

H Home environment

- ประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ทีมอาจต้องให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้มากในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้ อาจต้องประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวอันทำได้จำกัดของผู้ป่วยระยะท้าย และต้องประเมินความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมนั้นๆ ให้เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหลือและสภาพร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วย
- จัดที่ให้เป็นสัดส่วน
- มีของใช้จำเป็นวางข้างเตียง
- เตียงมีราวจับเพื่อให้ใช้เหนี่ยวตัว
- มีเครื่องผ่อนแรง รถเข็น ไม้เท้า
- ตำแหน่งของห้องน้ำ/ใช้เก้าอี้นั่งถ่าย
- สำหรับกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่มาก ถึงแม้เราอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรักษาภาวะติดเชื้อมากนัก แต่ความสะอาดของบริเวณที่ผู้ป่วยอาศัย ก็ยังเป็นประเด็นสำคัญ เพราะสภาพแวดล้อมที่สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย
- นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงการมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับครอบครัว เพื่อนบ้าน และเข้าถึงบริการในชุมชนได้

กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

O Other people

- เป็นการประเมินสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ใครมีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้วและประเมินความถนัดของแต่ละคน ซึ่งอาจช่วยให้ทีมสามารถวางแผนการรักษาได้ง่ายขึ้น เช่น หากผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข อาจมีบทบาทอย่างมากที่จะทำให้การให้ยาปรับการรักษาเป็นไปได้ง่ายขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลกันเองมากกว่าครอบครัวทั่วไป ทำให้ทีมอาจไม่ต้องลงเยี่ยมบ้านถี่นัก
- ประเมินจำนวนสมาชิกที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยระยะท้าย มักต้องพึ่งผู้ดูแลในทุกๆเรื่อง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมาก หากทั้งครอบครัวมีผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงคนเดียว อาจเกิดภาวะความเครียดในผู้ดูแลได้สูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยได้
- ประเมินการช่วยเหลือทางสังคม องค์กร/หน่วยงานที่มาช่วยเหลือ รวมถึงการเข้าถึงความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

M Medications

- ประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ จำนวน ชนิด ขนาดยา เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละรายมักมีอาการผิดปกติของร่างกายหลายระบบ จึงต้องอาศัยทีมแพทย์เฉพาะทางเข้ามาร่วมดูแลหลายสาขา แพทย์แต่ละสาขามักจะให้ยาในส่วนของตน ซึ่งบางครั้งอาจซ้ำกันหรืออาจมีผลข้างเคียงเมื่อใช้ร่วมกัน
- เมื่อลงเยี่ยมบ้าน ต้องตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริงด้วยทุกครั้ง เพื่อดูว่ารับประทานถูกต้อง ครบถ้วน หรือมีปัญหาจากการทานยาหรือไม่ ที่สำคัญควรพิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ วิตามิน อาหารเสริม ยาที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดกรด ยาลดระดับน้ำตาล เป็นต้น
- ยาที่จำเป็น เช่น ยาลดอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน ยังรับประทานสม่ำเสมอหรือไม่
- เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้แล้ว ควรต้องพิจารณาปรับวิธีการบริหารยา หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดใต้ผิวหนังอยู่แล้ว ก็ต้องดูว่าญาติสามารถใช้อุปกรณ์ได้ถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้าง และยาที่ได้สามารถบรรเทาอาการได้ดีแล้วหรือยัง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับการรักษาต่อไป โดยควรยืนยันกับผู้ดูแลว่ายา opioids ที่ให้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจหรือเร่งให้ผู้ป่วยจากไปเร็วขึ้น

- ช่วยประเมินการรักษาทางเลือกที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ถ้าประเมินพบว่าเป็นสมุนไพรไม่เป็นอันตรายอะไร แนะนำให้ต่อได้ แต่ถ้าไม่แน่ชัดควรให้ข้อมูลตรงจริง แจ้งข้อดี ข้อเสีย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกตัดสินใจในการับประทานต่อหรือพิจารณายุติการับประทาน

E Examination

- ประเมินสมรรถนะ PPS สัญญาณชีพ และระดับความปวด
- การซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย พยายามหาสาเหตุและแก้ไขเหตุที่แก้ได้ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องหลีกเลี่ยงหัตถการหรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สร้างความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ในแง่ของการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ป่วย เป้าหมายและความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย
- การตรวจร่างกายเพื่อประเมินสุขอนามัยโดยทั่วไป อันประกอบด้วย ความสะอาดของช่องปาก รูทวารต่างๆ โดยเฉพาะกรณีที่ต้องใส่สายยางใดๆก็ตาม ความสะอาดของเนื้อตัว/แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพสะอาดสะอ้าน ย่อมเกิดความรู้สึกสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานไปได้มาก

S Safety

- ประเมินความสะดวกสบาย ความปลอดภัยในบ้าน การเข้าห้องน้ำ ซึ่งอาจมีความสำคัญในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้
- ประเมินความปลอดภัยของอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ เช่น ออกซิเจน
- หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องนอนบนเตียง และมีภาวะสับสน อาจต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หรือการตกเตียงด้วย
- การประเมินความปลอดภัยยังรวมไปถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินด้วย ควรมีเบอร์โทรติดต่อทีมสุขภาพ เบอร์โทรฉุกเฉิน

S Spiritual health

- ประเมินที่ได้จากความรักความอบอุ่นในครอบครัว
- การสังเกตรูป/สัญลักษณ์ทางศาสนาในบ้านผู้ป่วยร่วมกับการซักถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งที่มีความสำคัญทางใจต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ป่วยและญาติมองเห็นความเปลี่ยนแปลงชัดเจน อาจเกิดความกังวลและกลัว

โรงพยาบาลมะโรงลำปาง กรมการแพทย์

- ทีมสุขภาพโดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ อาจมีบทบาทอย่างมากในการช่วยหาสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรเทาความกังวล รู้สึกสบายใจมากขึ้น ช่วยเตรียมตัวในการเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง เช่น ในครอบครัวที่นับถือพุทธศาสนา การทำบุญ ขออโหสิกรรม อาจช่วยปลดเปลื้องความทุกข์ใจรู้สึกมีที่ยึดเหนี่ยว หรือช่วยละคลายสิ่งที่ยังติดค้างให้ผู้ป่วยและญาติได้

S Home health care services

- ประเมินว่ามีองค์กรหรือแหล่งใดบ้างที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ มีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว
- ประเมินมีปัญหาทางเศรษฐกิจ การคมนาคมลำบาก อาจต้องพึ่งพาสถานีอนามัย อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) ผู้นำชุมชน องค์กรการกุศลต่างๆ เพื่อเป็นคนประสานให้ความช่วยเหลือ
- เมื่อทีมพบแหล่ง/เครือข่ายให้ความช่วยเหลือแล้ว ควรต้องมีการสื่อสารข้อมูลให้เครือข่ายเข้าใจตรงกันเพื่อเข้าร่วมดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน

ควรมีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกแง่มุม เนื่องจากในทีมสหสาขาวิชาชีพย่อมมีมุมมองที่ละเอียดแตกต่างกัน เช่น แพทย์ย่อมได้ข้อมูลละเอียดในแง่ของตัวโรค อาการต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วย พยาบาลย่อมมีรายละเอียดในแง่ของวิธีการดูแล วิธีให้ยาหรือการพยาบาลจากญาติผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ย่อมมีข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เป็นต้น การแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกัน ย่อมนำมาซึ่งความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่ร่วมดูแลและมองเห็นปัญหาทั้งหมดที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวในขณะนั้นๆ

- สรุปผลการเยี่ยมบ้านหลังจากที่ทีมสุขภาพได้ร่วมกันประเมินผู้ป่วย ครอบครัว สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย
- วางแผนการรักษาร่วมกันและแยกย้ายกันดำเนินการตามแผนการรักษา ซึ่งอาจต้องมีขั้นตอนที่ต้องกระทำในโรงพยาบาล เช่น ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง เบิกยาเพิ่ม ผสมยาให้ญาตินำกลับไปให้ผู้ป่วยต่อ เบิกกายอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งหลังจากที่ดำเนินการตามแผนที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ควรบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย แฟ้มเยี่ยมบ้าน หรือเวชระเบียนด้วยทุกครั้ง เพื่อง่ายต่อการติดตาม หากทีมสุขภาพอื่นจะเข้ามาร่วมดูแลหรือรับช่วงต่อ และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพ

- ประชุมครอบครัวเพื่อสื่อสารแผนการดูแล
- กำหนดวันนัดติดตาม เนื่องจากในผู้ป่วยระยะท้ายนั้น มักเหลือระยะเวลาไม่มาก การนัดติดตามอาการด้วยเวลาเป็นเดือนเหมือนอย่างการเยี่ยมบ้านทั่วไปอาจไม่สามารถทำได้ ดังนั้นการนัดติดตามจะต้องเปลี่ยนแปลงไปตามอาการและตามพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งมักจะคาดได้จาก performance status ของผู้ป่วยที่ประเมินได้ขณะนั้นๆ
- ในรายที่เหลือเวลาไม่มากอาจต้องลงเยี่ยมบ้านอีกในระยะเวลาอันสั้น เป็นวันหรือสัปดาห์ กรณีที่ไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านได้ อาจใช้วิธีติดตามอาการทางโทรศัพท์

ในการศึกษานี้ประยุกต์ใช้ กระบวนการดำเนินงานในการเยี่ยมบ้าน ทั้ง 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน และ3) ระยะหลังการเยี่ยมบ้านของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นแนวทางการดำเนินงานเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายและสอดคล้องกับบริบทการทำงานของโรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน (Output และ Outcome) (สำนักการพยาบาล, 2556)

เป็นผลลัพธ์ของการบริการที่สะท้อนถึงคุณภาพที่เกิดจากการทำงานเยี่ยมบ้าน สามารถใช้บ่งบอกผลการปฏิบัติงานให้บริการในด้านต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ความเหมาะสมของการดูแลฯ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บริการสนับสนุนการดูแลตนเอง และระบบการทำงานของทีมเยี่ยมบ้าน ที่มีผลตัวผู้ป่วยรับบริการการดูแลที่บ้าน ทั้งผลที่เกิดขึ้นระยะสั้นและระยะยาวตัวชี้วัดที่นำมาใช้วัดผลลัพธ์ ต้องสามารถวัดผลการดำเนินงานได้อย่างแท้จริง ซึ่งไม่ว่าจะเลือกตัวชี้วัดใดมาดำเนินการตัวชี้วัดทุกตัวต้องผลักดัน ทิศทางการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์สุดท้าย คือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน แม้ขณะปฏิบัติงานพยาบาลตั้งวัตถุประสงค์ให้เกิด ผลลัพธ์ตาม Output แต่ถ้าพยาบาลทุกคนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มุ่งส่งเสริมผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในภาพรวมของประเทศ Outcome ซึ่งดูได้จากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มเสี่ยงลดลง อุบัติการณ์กลุ่มป่วยลดลง อุบัติการณ์กลุ่มป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนลดลง ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิตจากโรค ชุมชน สามารถพึ่งพากันเองได้ เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนได้ในที่สุด

ในการศึกษานี้ประเมิน Output โดยการประเมินคุณภาพชีวิต,ผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

**3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน**

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

สำนักการพยาบาล ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Community Participation) หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ และความชำนาญร่วมกันในการเปลี่ยนแปลง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ มุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกันไว้ (สำนักการพยาบาล,2556)

ขอบเขตของการมีส่วนร่วม โคเฮ็นและอัฟฮอฟฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้เสนอกรอบความคิดเบื้องต้นในขอบเขตของการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน (สำนักการพยาบาล, 2556) ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) คือ ร่วมกันในการคิดถึงปญหาโดยระบุความต้องการของชุมชน จนเกิดการตัดสินใจดำเนินการโดยองค์กรของชุมชนหรือประชากรในชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ การบริหารงาน การทำกิจกรรมและการประสานงานขอความช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่ต้องการ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านวัตถุ สังคมของแต่ละบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

สมาคมสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา (American Public Health Association,1983.) ได้กำหนดระดับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ระดับ (สำนักการพยาบาล,2556) คือ

1. ระดับการตัดสินใจ (Decision-Making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เลือกกำหนดแผนกิจกรรมในแต่ละแผน และจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของเขาเอง ดังนั้นจึงถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นระดับการรับผิดชอบด้วยตนเอง (Level of Responsibility by Themselves) การพัฒนาระดับนี้ชุมชนต้องมีทีมแกนนำที่เข้มแข็ง

2. ระดับความร่วมมือ (Co-Operation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียสละจากประชาชนในด้านเวลาทรัพยสินและแรงงาน เพื่อให้ประชาชนประสบ ผลสำเร็จจากการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable Level of Participation)

3. ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและมีส่วนร่วมใช้ประโยชน์ในฐานะเป็นผู้รับบริการเท่านั้น

จินตวีร์ เกษมศุข, (มปป.) ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคล ได้มีส่วนช่วยเหลือระหว่างกันด้วยจิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคลในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติงานและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อส่วนรวมในการบริหารจัดการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของสังคม

องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981) และ Reeder (1974) อ้างถึงในสุดา เนตรสว่างและคณะ,(2559) ได้ให้ความหมายถึงว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่มลักษณะของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

จินตวีร์ เกษมศุข, (มปป.) ได้ให้ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องของกระบวนการ ซึ่งได้สรุปถึงขั้นตอนของการมีส่วน ร่วมได้ 4 ขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1. มีส่วนร่วมในการคิด ศึกษา และค้นคว้า หาปัญหาและสาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. มีส่วนร่วมในการวางนโยบายหรือแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม เพื่อลดและแก้ไขปัญหา

3. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

4. มีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงานกระบวนการการมีส่วนร่วม

โกวิทย์พวงงาม (2545) อ้างถึงในสุดา เนตรสว่าง และคณะ,(2559) ได้สรุปการมีส่วนร่วมที่แท้จริงจากประชาชนในการพัฒนาองค์กรควรจะมี4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากประชาชนยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจสาเหตุของปัญหา ในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดี การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อมไร้ประโยชน์ เพราะประชาชนจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานเหล่านั้น

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงานเป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ประชาชนรู้จักวิธีการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการนำเอาข่าวสารข้อมูลต่างๆ มาใช้ในการวางแผน

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนที่สามารถใช้เข้าร่วมได้การร่วมลงทุน และปฏิบัติงานจะทำให้ประชาชนสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วประชาชนย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำไปนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใด การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันในโอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความยากสำบาก

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทรงพล ตุ้มทอง (2542) อ้างถึงในธนจิรา พวงผกา (2559) กล่าวสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ส่วนใหญ่มาจากความผูกพันในชุมชน การต้องการช่วยเหลือพัฒนาชุมชนตนเอง และแรงจูงใจจากผู้นำชุมชนหรืออื่น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่อชุมชนของตนเอง การทำงานเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญคือ

1. การมีส่วนร่วมนั้นต้องเกิดจากความเต็มใจที่จะเข้าร่วม เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการแก้ไขปัญหาในเรื่องนั้น ๆ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วม

3. การมีส่วนร่วมต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ/อิสรภาพที่จะตัดสินใจว่าจะเลือกในการมีส่วนร่วมหรือไม่

กรมการแพทย์

เครือข่ายชุมชน (สำนักการพยาบาล,2556) เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.), เกษตรอำเภอ ให้บริการและส่งเสริมอาชีพการเกษตรทุกสาขา, การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.), ผู้นำศาสนา (พระ/โต๊ะอิหม่าม/บาทหลวง), เครือข่ายคนพิการ, โรงเรียน, องค์กรพัฒนาเอกชน หรือ อพช. โดยทั่วไปรู้จักในนาม “เอ็นจีโอ" (NGOs) ที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสังคมโดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มบุคคลผู้ด้อยโอกาส และประชาชนผู้ทุกข์ยาก สภากาชาดไทย ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ/ดูแลเอาใจใส่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบรอบด้าน รวมทั้งพระภิกษุ สามเณร เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข สตรีอาสา ชมรมผู้สูงอายุ มูลนิธิต่างๆ

ศูนย์เรียนรู้คนพิการ ศูนย์สนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟู สภาพ ร้าน/บริษัทรับคนพิการเข้าทำงาน กลุ่มจิตอาสาในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปราชญ์ชาวบ้าน กลุ่มหมอนวดแผนไทย

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม ค้นหาปัญหา ตลอดจนความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย รวมทั้งการควบคุม ติดตามและประเมินผลการทำงานของชุมชนได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในชุมชนต้นแบบ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านเสด็จ ตำบลต้นธงชัย และตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในการร่วมออกเยี่ยมบ้าน ร่วมดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้าน รวมถึงการประสานงาน การช่วยเหลือ และสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองในชุมชนต้นแบบได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เพิ่มการเข้าถึงการบริการ เพิ่มมาตรฐานการบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการมากยิ่งขึ้น

**4. คุณภาพชีวิต**

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาวะของตนเองตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคมในขณะที่บุคคลเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองและของผู้ดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านประชากรต่างๆ เช่น ประสบกับเหตุการณ์ที่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม (WHO,1997)

คุณภาพชีวิต (สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน, 2550) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและทรัพยากรที่มีอยู่

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,2563) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึงการให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุกๆมิติของชีวิต รวมถึง สุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุกหรือความพึงพอใจจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ในทุกๆมิติของชีวิต ประกอบด้วยมิติหลักที่สำคัญ ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางสังคม มิติทางอารมณ์ มิติทางบทบาท/การทำงาน มิติด้านการรับรู้และด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการเฉพาะของโรคมะเร็ง ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคที่ลุกลามและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายจะมีผลกระทบจากการเจ็บป่วย ตลอดจนการรักษาและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลกได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่นำมาใช้กับผู้ป่วย โรคมะเร็งในประเทศไทย มีดังต่อไปนี้

1. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30) ใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง พัฒนาโดย Silpakit C et al, (2006) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 1. ข้อคำถามด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม (global health status) จำนวน 2 ข้อ 2. ข้อคำถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional scales) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ และด้านสังคม 3. ข้อคำถามกลุ่มด้านอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการ 3 อาการ และอาการเดี่ยว 6 อาการ คุณภาพเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha's coefficient มากกว่า 0.70 ใน 6 ด้าน ยกเว้นด้านการรับรู้และ

ด้านสังคม ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือของการทดสอบซ้ำทั้งหมด อยู่ในระดับสูง สรุปว่า EORTC QLQ-C30 (เวอร์ชัน 3.0) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยที่เป็นมะเร็งประเภทต่างๆ ได้อย่างน่าเชื่อถือและถูกต้อง

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ใช้ประเมินระดับคุณภาพชีวิตในประชากรทั่วไปและผู้ป่วยโรคต่างๆ พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันตร์และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิต มีตั้งแต่ > 26-130 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนรวม 26-60 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, คะแนนรวม 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ, คะแนนรวม 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cranach alpha's coefficient เท่ากับ 0.84

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General Version 4 ฉบับภาษาไทย (FACT -G) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง แปลเป็นภาษาไทยโดย วรชัย รัตนธราธร และคณะจากผู้พัฒนาต้นฉบับ Cella D. และคณะ (อ้างถึงในพรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ (2564). ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being: PWB) 2. ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (SociaV/family well-being: SWB) 3. ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ (Emotional well-being: EWB) และ9. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม(Functional well-being: FWB) องค์กรวิชาชีพในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรและออสเตรเลียได้ใช้ FACT-G เป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพชีวิตในการทดลองทางคลินิกของโรคมะเร็ง คุณภาพเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha's coefficient เท่ากับ 0.75 - 0.90

4. McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) (อ้างถึงในพรทิพย์ ปรีชา ไชยวิทย์ (2564). พัฒนามาเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยคุกคามชีวิต เป้าหมายของการสร้างเครื่องมือคือการเอาชนะข้อบกพร่องบางอย่างของมาตรการแบบดั้งเดิมที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ได้แก่ 1) ใช้เวลานานเกินไปสาหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2) ไม่ได้วัดด้านจิตวิญญาณ และ 3) มีทั้งด้านบวกและด้านลบในการวัดคุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการทางกายภาพมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะท้าย จึงมีการใส่ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ที่ใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไปร่วมด้วย รวมถึง MQOL ยังสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้

ภายใน 2 วัน แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน 16 ข้อคำถาม 1) อาการทางจิต 4 ข้อ 2) อาการทางกาย 3 ข้อ 3) ความผาสุกทางกาย 1 ข้อ 4) ความเป็นอยู่ 6 ข้อ และ 5) ความช่วยเหลือ 2 ข้อ

ในการศึกษานี้ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30) เนื่องจากเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะ ซึ่งมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา มีคำคุณภาพเครื่องมือที่ได้มาตรฐานเทียบเท่ากับระดับสากลของผู้พัฒนาตันฉบับ และใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งทั้งในประเทศไทยและระดับนานาชาติ

**5. การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**

การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็นในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพราะทำให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเข้าใจประสบการณ์ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ อาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งมีประโยชน์ในการติดตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ปัญหา/ความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว คุณภาพการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหา/ความต้องการของครอบครัว โดยที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถใช้ข้อมูลผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อประเมินและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัว (ลดารัตน์ สาภินันท์,2556)

คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้เลือกใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดย ศาสตราจารย์ จูลี เฮิร์น (Julie Hearn) และศาสตราจารย์ ไอรีน เจ ฮิกกินสัน (Irene J. Higginson) จาก King's College, London, United Kingdom (1999) ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในประเทศแถบยุโรป ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แอฟริกา และเอเชีย นิยมใช้แบบประเมิน POS อย่างแพร่หลายซึ่งลดารัตน์ สาภินันท์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลเป็นภาษาไทย พบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.9) และความสอดคล้องภายนอกระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (weighted kappa) อยู่ระหว่าง 0.31-0.73 ทั้งนี้มีค่า Content Validity CVI = 0.96 (ลดารัตน์ สาภินันท์,2556)

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale) หรือ POS เป็นแบบสอบถามที่สั้นและง่ายต่อการใช้ ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ

ทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถนำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไปใช้ประเมินในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานดูแลเฉพาะเวลากลางวัน (Day Care Center) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ประเมินทุก 3-7 วัน หรือประเมินอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อจะได้ทราบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยการเปรียบเทียบข้อมูล คะแนน POS ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ซึ่งบางหน่วยงานอาจจะประเมิน POS มากกว่า 2 ครั้ง ก็ได้แต่ในการประเมินแต่ละครั้ง ต้องห่างกันอย่างน้อย 3 วัน เนื่องจากในทุกข้อคำถามๆ ว่าใน 3 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีอาการ/ปัญหา/อย่างไร ประกอบด้วย 12 ข้อ คำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย (1) อาการปวด (2) อาการไม่สุขสบายที่กระทบความรู้สึก (3) หงุดหงิด กังวลใจ (4) สมาชิกในครอบครัวกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย (5) สมาชิกในครอบครัวทราบอาการป่วย (6) ท่านระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัว (7) อาการเศร้าใจ (8) รู้สึกดีกับตัวเอง (9) เสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน และ (10) ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่าท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเองหรือให้เพื่อน/ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

ในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale) หรือ POS ฉบับภาษาไทย แปลโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556) โดยใช้ฉบับถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carers : POS-C) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางคลินิกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง มีการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือพบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 เก็บในวันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยจำหน่าย1สัปดาห์ และครั้งที่ 2 เก็บหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างน้อย 3 สัปดาห์

**6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล,อรสา กงตาลและเกศินี สราญฤทธิชัยกุล (2557) ได้พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาสถานการณ์และพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตสนทนากลุ่ม

ใช้แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดำเนินการพัฒนาการโดยจัดอบรมความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลหลักและแกนนำชุมชน พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมบ้านของกลุ่มแกนนำชุมชน ให้การปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และที่สำคัญคือชุมชนมีความตระหนักและเกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น

สมพงษ์ จันทร์โอวาท,สุภาพร สุโพธและนวรัตน์ บุญนาน (2557) ได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนาผลการวิจัย พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.69 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 11.27 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดโครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐานและโครงการที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง เพื่อการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัยและการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค อยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.05 โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และมีแกนนำสุขภาพดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

สุภาพร มาลีวรรณ์,สมเสาวนุช จมูศรี และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวและค่าความดัน โลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กาญจนา จันทะนุย พัชรมาศ คุณวงศ์และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ (2560) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิจัยพบสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแล ขาดการเชื่อโยงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ประกอบไปด้วยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีโครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การติดตามประเมินผลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจในการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นได้ มีภาคีเครือข่ายในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลความพึงใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือการได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์ บุญทิพย์ สิริธรังศรี พิเชฐ บัญญัติ (2560) ศึกษารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก เป็นการวิจัยและพัฒนา ผลการวิจัยพบว่าสภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยยังพบว่ามีปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ และมีความต้องการพัฒนาทุกด้านรูปแบบสร้างขึ้นจากผลการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นรูปแบบที่ใช้บ้านผู้รับบริการเป็นฐาน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติ มีพยาบาลผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมเครือข่ายชุมชน ให้เข้มแข็ง ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยมีการจัดการดูแลแบบองค์รวม เน้นการดูแลด้านจิตสังคม เชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้ มีความพึงพอใจในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตดี ด้านผู้ให้บริการมีสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง และรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นพบว่าเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลวังเจ้าได้ และสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ ในโรงพยาบาลอื่นๆได้

พรภัทรา แสนเหลา (2560) ได้ศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพระสงฆ์ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกรณี

ที่มีต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$) ส่วนทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังดำเนินงานไม่แตกต่างกัน บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีแบบพุทธร่วมกับพระสงฆ์ ความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ดีใจที่พระมาเทศนาให้ทางสว่าง ได้มีโอกาสทำบุญ จากที่รู้สึกไม่ดีและทรุดลงกลับมีกำลังใจต่อสู้กับการเจ็บป่วย จากการประเมินความพึงพอใจ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับมากเห็นว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีแบบพุทธของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ช่วยให้ทางสว่างแก่ญาติและผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ และจิตวิญาณ

บรรเทิง พลสวัสดิ์และคณะ (2560) ได้พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่เขครับผิดชอบจำนวน 5 หมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ 2) ระบบการส่งต่อโดยใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ และ3) กระบวนการจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ สถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เกิดรูปแบบการตั้งศูนย์การดูแลแบบประดับประคองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติต่อระบบการดูแลแบบใหม่อยู่ในระดับมาก ส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบใหม่อยู่ในระดับมาก มีการปฏิบัติตามระบบใหม่ถึงร้อยละ 90.0 โดยผลการศึกษาทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เกิดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือระหว่างหน่วยบริการที่สอดคล้องกับบริการของพื้นที่และปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ เกิดจากความร่วมมือของบุคลากร และสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ใกล้กับสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทำให้การพัฒนาระบบมีความต่อเนื่องและยั่งยืนได้

ภัควีร์ นาคะวิโร (2560) ศึกษาผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนรวมผลลัพธ์ในการประเมินครั้งแรกก่อนได้รับการดูแล มีค่า19 คะแนน ขณะที่คะแนนรวมผลลัพธ์หลังได้รับการดูแล มีค่า 12.5 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) เมื่อดูรายละเอียดของ

ค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์แบบรายข้อ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ลดความหงุดหงิดและความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผลจากงานวิจัยนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ยืนยันได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบและจัดการระบบการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

อรวิธู กาญจนจารี, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม และสุปรีดา มั่นคง (2560) ศึกษาบทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแล แบบประคับประคองโดยเฉพาะ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทและความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ณ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ซึ่งมีรูปแบบและให้บริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยโดยตรงด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะท้าย และ 3) การปรับตัวและการดูแลตนเอง ส่วนความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) ความต้องการประสานงาน เพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย 3) ความต้องการให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแทนตนเองเมื่อจำเป็น และ 4) ความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ

สุนิดา เที่ยงแก้วและประทีป สุขีลักษณ์ (2561) ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (วัดผลด้วย palliative care outcome scale: POS) และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลฯ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลฯ (POS) หลังได้รับการดูแลฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน 28.84 หลัง 17.13, p<0.001) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติหลังได้รับการดูแลฯอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านร่างกาย (=3.12, 4.24; p<0.001) ด้านสังคม (=3.08, 4.00; p<0.001) และด้านการพยาบาล ในภาพรวม (=3.00, 4.06; p<0.001) ส่วนด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง [ด้านจิตใจ (=3.30, 3.50; p<0.001)

จิตวิญญาณ(=2.40, 3.34; p=0.018)] และสรุปว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่ต้องดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวต่อไป

วิภาดา พึ่งสุข, พิษณุรักษ์ กันทวีและภัทรพล มากมี (2562) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา ประวัติการรักษาโรคมะเร็งของคนในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับค่า PPS score และยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้าน สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ ด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็งและระดับค่า PPS Score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยและควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มากที่สุดเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทักษะของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

มารยาท สุจริตวรกุล (2562) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลังการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ดี ดังนั้นควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมในทั้ง 4 องค์ประกอบของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

อริณรดา ลาดลาและประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรี (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าปัญหาและสถานการณ์ คือไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจน ผู้ปฏิบัติขาดความมั่นใจ ขาดการส่งต่อข้อมูลการดูแล, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยจัดประชุมทีมระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแล, จัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดหน้าที่, ส่งต่อสู่ชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์หลังพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบร้อยละ 100, เสียชีวิตอยู่

โรงพยาบาลร้อยละ10, ส่งต่อดูแลที่บ้านร้อยละ 90 เสียชีวิตขณะอยู่บ้านร้อยละ 63, มีชีวิตอยู่ร้อยละ 37 ผลของรูปแบบการดูแลพบว่า มีความเหมาะสมนำไปใช้ได้จริงร้อยละ 93 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$ = 2.91, SD= 0.61) และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$ = 2.86, SD= 1.75) ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ลดรอยต่อการดูแล จึงควรขยายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วิภาดา พึ่งสุข, พิษณุรักษ์ กันทวีและภัทรพล มากมี (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา และระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือ PPS Score มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และยังมี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา ระดับค่า PPS Score และทักษะการดูแล ปัจจัยคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่าการศึกษา PPS Score และด้านการให้การดูแล มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย และควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มากที่สุด เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทักษะของผู้ดูแลโดยต้องให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

อารมย์ พรหมดี,นภาวรรณ จันทร์เต็มและมะลิเผยผิวทอง (2563) ศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ในกลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ที่มีค่าPPS < 60% ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจก่อน และหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ที่มีค่าPPS < 60% มีการวางแผนล่วงหน้า ร้อยละ100 หลังการใช้แนวทางค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS)

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p< .05) ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านและ ระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ( X =4.27,SD=0.61)

อนงค์ สิมลีและคณะ.(2563). ศึกษารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณี สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน 2) การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 3) กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนา พบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเครือข่ายมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกแห่ง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการดูแลในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น มีการใช้ Opioid จัดการอาการปวด และบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง จากระดับรุนแรงมาอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยและญาติมีเครียดและความกังวลใจลดลง ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ประเมินรูปแบบและระดับการยอมรับของพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการพัฒนาฯ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก

เพ็ญศรี รักษ์วงค์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทาง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการพยาบาล ผลการนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.000,.002,.011 และ .000 ตามลำดับ แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการอาการรบกวนคุณภาพชีวิต รวมทั้งความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

เข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เอมอร สวยสมและอณัญญา ลาลุน (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{x}$ =75.51, S.D.=8.76) และปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ได้แก่ ระดับการศึกษา (p=0.019) และรายได้ต่อเดือน (p=0.005) ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r*=-0.316, *p*<0.001) ส่วนความพึงพอใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r*=-0.538, *p*<0.001)

สุพัตรา คงปลอด,นิตยา ศักดิ์สุภาและทิวา เกียรติปานอภิกุล (2565) ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงสังเกตการณ์ ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลครั้งที่ 1แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) และค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งสองช่วงเวลา การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการทางกายและทางใจของผู้ป่วยได้ และกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยในทิศทางเดียวกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ตรงตามความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (One-group Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากรที่ใช้ในการศึกษา**: ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางและได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัยและตำบลบ้านเสด็จหรือผู้ดูแล ที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน มีรายละเอียดการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง**: คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้ Test for Mean, Difference between two dependent means (matched pairs) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ขนาดปานกลาง = 0.5, alpha ($\alpha$) = 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test,1-$\beta$) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 27 ราย เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่าง (เท่ากับ 2.7 ดังนั้นเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 3 ราย) ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ทั้งหมด 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)
   1.1 ผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย และตำบลบ้านเสด็จ

1.2 ผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นญาติเช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มากว่า6 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

1.3 สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้ดูแลมีการสับเปลี่ยน ไม่ใช่คนเดิมที่ให้การดูแลผู้ป่วย

**สถานที่ศึกษา:** เขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง

**รูปแบบการศึกษา:** เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบศึกษากลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลัง ประเมินผลจากคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านฯ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

**1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม** ประกอบด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพในครอบครัว สิทธิ์การักษา การวินิจฉัยโรค ระดับPPS (Palliative Performance Score) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ เก็บครั้งเดียว คือครั้งที่ 1 คือการเยี่ยมบ้านครั้งที่1 หลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป ที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์กรการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป

ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ มีข้อคำถาม 30 ข้อแบ่งการประเมินเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (1) การประเมินด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (2) การประเมินด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษาและ (3) การประเมินด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งการประเมินด้านความสามารถในการทำหน้าที่ มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ (คำถามข้อ 1-5), ด้านบทบาท จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 6,7) ,ด้านการรับรู้ จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 20,25) ,ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (คำถามข้อ 21-24) และด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 26-27) การประเมินด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา มีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยการประเมิน 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย จำนวน 3 ข้อ (คำถามข้อ 10,12,18) ,อาการปวด จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 9,19) และอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 14,15) และการประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อย (คำถามข้อ 8) อาการเบื่ออาหาร (คำถามข้อ 13) อาการนอนไม่หลับ(คำถามข้อ 11) อาการท้องผูก(คำถามข้อ 16) และอาการถ่ายเหลว (คำถามข้อ 17) รวมถึงการประเมินสภาวะทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นผลจากโรคและการรักษา (คำถามข้อ 28) ด้วยค่าคะแนนแบบ likert scale 4 ระดับตามระดับอาการ คือ 1 = ไม่เลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = ค่อนข้างมากและ 4 = มากที่สุด และการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมและการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย มีค่าคะแนน 1- 7 โดยคะแนน 1= แย่มาก คะแนน 7= ค่าคะแนนสถานะสุขภาพโดยรวมและสมรรถนะด้านการทำกิจกรรมการทำกิจกรรมที่มากขึ้นบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่คะแนนอาการทางสุขภาพที่มากขึ้นบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่1 หลังผู้ป่วยจำหน่าย1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างน้อย 3 สัปดาห์

**วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตของ EORTC**

- คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับดี และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

- คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

- คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับต่ำและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ข้อ 29 และ 30 โดยนำคะแนน ทั้ง 2 ข้อ นำมาเฉลี่ยและแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

- คะแนน 1.00-3.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

- คะแนน 3.01-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

- คะแนน 5.01-7.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale(POS) ของ Irene Higginson and Dr.Richard Harding & et.al,2002 King's college, London, UK ฉบับภาษาไทย แปลโดยลดารัตน์ สาภินันท์ และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556) โดยใช้ฉบับถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carers : POS-C) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อ 1 - 10 เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับค่าคะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4

0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่

1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง

2 = บางครั้ง

3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่

4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

ข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด ถามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามปลายเปิด ที่ถามผู้ดูแลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย (ไม่นำมาคิดคะแนน)

การคิดคะแนนของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถคิดคะแนนเป็นคะแนนโดยรวมและคะแนนรายข้อ ถ้าคะแนนเฉลี่ยของคะแนน POS ลดลง หมายถึง มีผลลัพธ์การดูแลดีและผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ

เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 เก็บในวันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์และครั้งที่ 2 เก็บหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างน้อย 3 สัปดาห์

**การแปลผล**

การคิดคะแนนของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถคิดคะแนนเป็นคะแนนโดยรวมและคะแนนรายข้อ

- คะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อจากข้อคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 40 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ อย่างมากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตนเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/

ไม่ได้รับข้อมูล/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 0 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการรบกวนใดๆ/ได้รับข้อมูลเต็มที่/ได้รับการช่วยเหลือเต็มที่/ ไม่เสียเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา

เกณฑ์คะแนน POS ภาพรวมเฉลี่ย

0.00 – 8.00 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่

8.01 – 16.00 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง

16.01 – 24.00 คะแนน หมายถึง บางครั้ง

24.01 – 32.00 คะแนน หมายถึง รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่

32.01 – 40.00 คะแนน หมายถึง มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

- คะแนนรายข้อ ค่าคะแนน 0 หรือ 1 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยต้องการความสนใจทางคลินิกน้อยกว่าการที่ผู้ป่วยเลือกตอบคะแนน 3 หรือ 4 เมื่อมีการประเมินคะแนน POS 2 ครั้งขึ้นไปในผู้ป่วย 1 ราย ให้เปรียบเทียบคะแนน POS รายข้อ ครั้งที่ 1 กับคะแนน POS รายข้อครั้งที่ 2 ว่าข้อใดที่มีคะแนนมากขึ้นหรือลดลงหรือเท่าเดิม และเปรียบเทียบคะแนน POS โดยรวมครั้งที่ 1 กับคะแนน POS โดยรวมครั้งที่ 2 ว่ามีคะแนนลดลง หรือมากขึ้นหรือเท่าเดิม ถ้าพบว่ามีคะแนน POS โดยรวมครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งที่ 1 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

เกณฑ์คะแนน POS รายข้อเฉลี่ย

0.00 – 0.80 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่

0.81 – 1.60 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง

1.61 – 2.40 คะแนน หมายถึง บางครั้ง

2.41 – 3.20 คะแนน หมายถึง รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่

3.21 – 4.00 คะแนน หมายถึง มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการ ให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ผู้ให้บริการ 3) ด้านคุณภาพการให้บริการ โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 อันดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด การให้ค่าน้ำหนักคะแนนสำหรับระดับความพึงพอใจมีความหมาย ดังนี้

5 = มากที่สุด

4 = มาก

3 = ปานกลาง

2 = น้อย

1 = น้อยที่สุด

เก็บข้อมูลครั้งเดียว คือ หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างน้อย 3 สัปดาห์

**การแปลผล**

คะแนนตั้งแต่ 1-5 คิดเป็น 70 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมากที่สุด

สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการเยี่ยมบ้านภาพรวมมีคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด 10 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

**การแปลผล**

คะแนนตั้งแต่ 0-10 คิดเป็น 10 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0 – 2.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 4.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 6.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 6.01 – 8.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 8.01 – 10.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมากที่สุด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน กระบวนการเยี่ยมบ้าน ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของสำนักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อนการเยี่ยมบ้าน ระหว่างการเยี่ยมบ้าน และหลังการเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดการเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง ต่อผู้ป่วย1 ราย รายละเอียด ดังนี้

**เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1** ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์

**เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2** เยี่ยมตามระดับ PPS ได้แก่ PPS ≤ 30 (ระยะสุดท้าย) เยี่ยมทุกสัปดาห์, ระดับPPS = 40-60 (ระยะเปลี่ยนผ่าน) เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์,ระดับ PPS =70-100 (ระยะคงที่) เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์

**เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3** ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายอย่างน้อย 3 สัปดาห์ โดยเยี่ยมบ้าน ตามระดับ PPS เยี่ยมตามระดับ PPS ได้แก่ PPS ≤ 30 (ระยะสุดท้าย) เยี่ยมทุกสัปดาห์, ระดับPPS = 40-60 (ระยะเปลี่ยนผ่าน) เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์, ระดับ PPS =70-100 (ระยะคงที่) เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

| ครั้งที่เยี่ยม | ระยะการเยี่ยม | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1** (ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1สัปดาห์) | ก่อนเยี่ยมบ้าน | - เตรียมข้อมูลและประวัติของผู้ป่วยและครอบครัว<br>- ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย<br>- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน<br>- นัดหมายการเยี่ยม<br>- เตรียมทีมสหสาขาที่ร่วมในการเยี่ยมบ้าน และทำ case discussion/case conference ก่อนเยี่ยมบ้าน<br>- ประสานอาสาสมัครเครือข่ายในชุมชนในเขตรับผิดชอบเพื่อร่วมเยี่ยมบ้าน | - พยาบาลเยี่ยมบ้าน |
| | ระหว่างเยี่ยม | - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว<br>- ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) ครั้งที่ 1<br>- ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS-C) ฉบับถามผู้ดูแล ครั้งที่ 1 | - ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน |

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

| ครั้งที่เยี่ยม | ระยะการเยี่ยม | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1** (ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1สัปดาห์) **(ต่อ)** | ระหว่างเยี่ยม **(ต่อ)** | - ประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม /ชุมชน/ครอบครัว/ผู้ดูแล (ใช้หลักการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN-HOME-SSS) ได้แก่ Immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด<br>1. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ขับถ่ายสะดวก กลั้นได้หรือไม่<br>2. กิจวัตรอื่นๆที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร รับโทรศัพท์ จัดยากินเองได้ ล้างรถเป็นต้น<br>**N = Nutrition** ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหารปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือไม่ เป็นต้น<br>**H = Housing** ประเมินว่าสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร<br>1. ภายในบ้าน เช่น แออัด โปร่งสบาย สะอาด ประเมินความเป็นส่วนตัว ความเชื่อ ศรัทธาของคนในบ้าน เช่น มีรูปแขวนผนัง ประกาศนียบัตรหรือโล่ยกย่องเกียรติคุณของสมาชิกในบ้าน มีโทรทัศน์ เครื่องดนตรี ห้องหนังสือ เลี้ยงสัตว์ภายในบ้าน เป็นต้น<br>2. รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิดหรือไม่<br>3. เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร | - ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- อาสาสมัคร<br><br>- ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- อาสาสมัคร |

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

| ครั้งที่เยี่ยม | ระยะการเยี่ยม | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1** (ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1สัปดาห์) **(ต่อ)** | ระหว่างเยี่ยม **(ต่อ)** | **O = Other people** ประเมินว่าภาระบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีต่อผู้ป่วยอย่างไร ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น จะมีใครเป็นตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<br>**M = Medications** ประเมินว่าผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร มีวิธีการจัดยาแต่ละมื้ออย่างไรมียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง มียาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ และอะไรอื่นอีกบ้างเพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องและผู้ป่วยปลอดภัย<br>**E = Examination** ประเมินPPS, อาการรบกวนต่างๆ ตรวจร่างกายเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใด<br>**S = Safety** ประเมินสภาพความปลอดภัยในบ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้<br>**S = Spiritual health** ประเมินความเชื่อ ค่านิยมของคนในบ้านจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ<br>**S = Services** ให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแลหลักที่ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งการบริการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ช่องทางการติดต่อทีมเยี่ยมบ้าน หรืออาสาสมัคร เมื่อเกิดปัญหาที่ซับซ้อนและต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน<br>- วินิจฉัยทางการพยาบาล<br>- Case discussion ระหว่างทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครเครือข่าย | - แพทย์หรือเภสัชในทีม<br>- ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- อาสาสมัคร<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน |

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

| ครั้งที่เยี่ยม | ระยะการเยี่ยม | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| **เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1** (ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1สัปดาห์) **(ต่อ)** | ระหว่างเยี่ยม **(ต่อ)** | - ให้การพยาบาลตามปัญหาพร้อมสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัคร<br>- มอบสื่อความรู้ เช่น คู่มือ แผ่นพับ ฯลฯ<br>- ส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง<br>- ประเมินผลการพยาบาล | - พยาบาลเยี่ยมบ้านและอาสาสมัคร<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน |
| | หลังการเยี่ยม | - เบิกยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมประสานญาติมารับยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ | - พยาบาลเยี่ยมบ้าน |
| **เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2** (เยี่ยมบ้านตามระดับ PPS) ดังนี้<br>-ระดับPPS ≤ 30 เยี่ยมทุกสัปดาห์<br>-ระดับPPS = 40-60 เยี่ยมทุก2สัปดาห์<br>-ระดับPPS = 70-100 เยี่ยมทุก4สัปดาห์ | ก่อนเยี่ยมบ้าน | - เตรียมข้อมูลและประวัติของผู้ป่วยและครอบครัว<br>- นัดหมายการเยี่ยม<br>- ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย<br>- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน<br>- เตรียมทีมสหสาขาที่ร่วมในการเยี่ยมบ้านและทำ case discussion ก่อนเยี่ยมบ้าน<br>- ประสานอาสาสมัครเครือข่ายในชุมชนในเขตรับผิดชอบเพื่อร่วมเยี่ยมบ้าน | - พยาบาลเยี่ยมบ้าน |
| | ระหว่างเยี่ยม | - ประเมินระดับ PPS, อาการรบกวนต่างๆ และให้การพยาบาลตามปัญหา<br>- ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครในปัญหาใหม่ที่พบ<br>- ประเมินผลการพยาบาล<br>- ส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง | - พยาบาลเยี่ยมบ้าน<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้านและอาสาสมัคร |

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

| ครั้งที่เยี่ยม | ระยะการเยี่ยม | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2** (เยี่ยมบ้านตามระดับ PPS) ดังนี้ -ระดับPPS ≤ 30 เยี่ยมทุกสัปดาห์ -ระดับPPS = 40-60 เยี่ยมทุก2สัปดาห์ -ระดับPPS = 70-100 เยี่ยมทุก4สัปดาห์ (ต่อ) | หลังการเยี่ยม | - สรุปปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวและการให้การดูแล<br>- บันทึกการเยี่ยม<br>- ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในปัญหาแต่ละราย เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น<br>- เบิกยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมประสานญาติมารับยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ | - ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน |
| **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3** (ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายอย่างน้อย 3 สัปดาห์) (เยี่ยมบ้านตามระดับ PPS) ดังนี้ -ระดับPPS ≤ 30 เยี่ยมทุกสัปดาห์ -ระดับPPS = 40-60 เยี่ยมทุก2สัปดาห์ -ระดับPPS = 70-100 เยี่ยมทุก4สัปดาห์ | ก่อนเยี่ยมบ้าน | - เตรียมข้อมูลและประวัติของผู้ป่วยและครอบครัว<br>- นัดหมายการเยี่ยม<br>- ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย<br>- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน<br>- เตรียมทีมสหสาขาที่ร่วมในการเยี่ยมบ้านและทำ case discussion ก่อนเยี่ยมบ้าน<br>- ประสานอาสาสมัครเครือข่ายในชุมชนในเขตรับผิดชอบเพื่อร่วมเยี่ยมบ้าน | - พยาบาลเยี่ยมบ้าน |

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

| ครั้งที่เยี่ยม | ระยะการเยี่ยม | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3** (ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายอย่างน้อย 3 สัปดาห์) (เยี่ยมบ้านตามระดับ PPS) ดังนี้ -ระดับPPS ≤ 30 เยี่ยมทุกสัปดาห์ -ระดับPPS=40-60 เยี่ยมทุก2สัปดาห์ -ระดับPPS=70-100 เยี่ยมทุก4สัปดาห์ (ต่อ) | ระหว่างเยี่ยม | - ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) ครั้งที่ 2<br>- ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome Scale (POS-C) ครั้งที่ 2<br>- ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล<br>- ประเมินระดับPPS, อาการรบกวนต่างๆ และให้การพยาบาลตามปัญหา<br>- ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครในปัญหาใหม่ที่พบ<br>- ส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง<br>- ประเมินผลการพยาบาล | - พยาบาลเยี่ยมบ้าน<br>- ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้านและอาสาสมัคร<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน |
| | หลังการเยี่ยม | - สรุปปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวและการให้การดูแล<br>- บันทึกการเยี่ยม<br>- ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในปัญหาแต่ละราย เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น<br>- เบิกยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมประสานญาติมารับยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ | - ทีมเยี่ยมบ้าน<br>- พยาบาลเยี่ยมบ้าน |

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน ผลการประเมินได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.98

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน โดยทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 15 คน (Pilot study) พบว่า ความพึงพอใจภาพรวม ค่าแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.94 เมื่อแยกเป็นรายด้าน ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ค่าแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.91 ,ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ ค่าแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.90 และความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ ค่าแอลฟ่าของครอนบาค Cronbach's Alpha = 0.95

**ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยง ของการเข้าร่วมวิจัยและสิทธิ์ในการตัดสินใจก่อนสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นรายบุคคล หลังจากผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอม ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale(POS-C) ฉบับถามผู้ดูแล ครั้งที่1 จากนั้นประเมินปัญหาความต้องการและให้การพยาบาลตามปัญหาพร้อมสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัคร มอบสื่อความรู้ และส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เยี่ยมตามระดับ PPS ดังนี้ ระดับPPS ≤ 30 (ระยะสุดท้าย) เยี่ยมทุกสัปดาห์, ระดับPPS = 40-60 (ระยะเปลี่ยนผ่าน) เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์,ระดับ PPS =70-100 (ระยะคงที่) เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์ โดยประเมินอาการรบกวนต่างๆ และให้การพยาบาลตามปัญหาให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครในปัญหาใหม่ที่พบส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายอย่างน้อย 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) ครั้งที่2 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale(POS-C) ครั้งที่2 และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล พร้อมทั้งประเมินอาการรบกวนต่างๆ และให้การพยาบาลตามปัญหาให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครในปัญหาใหม่ที่พบส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. วิเคราะห์ข้อมูล

4. สรุปและจัดทำรายงานผลการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่อการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โดยใช้สถิติทดสอบลำดับที่โดยเครื่องหมายของวิลค็อกซัน (Wilcoxon singed approximate z test) เนื่องจากข้อมูลเมื่อทดสอบ Assumption แล้วมีการแจกแจงที่ไม่เป็นปกติ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย**

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2567 – เดือนพฤษภาคม 2567

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ยึดหลักการของการให้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่หนังสือ 12/2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง การใช้ชื่อบุคคล ใช้เป็นชื่อสมมติ โดยไม่สามารถอ้างอิงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# บทที่ 4
# ผลการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ผลการวิเคราะห์เป็นการนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

2.1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

2.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งแบบระคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 30 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ตารางที่ 4** จำนวนของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 30)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative performance scale; PPS)** | | |
| ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS 70 - 100%) | 12 | 40.00 |
| ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40 - 60%) | 16 | 53.33 |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0 - 30%) | 2 | 6.67 |
| **เพศ** | | |
| ชาย | 14 | 46.67 |
| หญิง | 16 | 53.33 |
| **อายุ (ปี)** ( $\overline{X}$ = 67.23 ปี, sd. = 9.73 ปี, ต่ำสุด 41 ปี, สูงสุด 87 ปี) | | |
| น้อยกว่า 50 ปี | 1 | 3.33 |
| 51 - 60 ปี | 5 | 16.67 |
| 61 - 70 ปี | 13 | 43.33 |
| 71 - 80 ปี | 8 | 26.67 |
| มากกว่า 80 ปีขึ้นไป | 3 | 10.00 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| คู่ | 14 | 46.67 |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 16 | 53.33 |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ประถมศึกษา | 20 | 66.67 |
| มัธยมศึกษา/ปวส./ปวท./อนุปริญญา | 6 | 20.00 |
| ปริญญาตรี | 4 | 13.33 |
| **อาชีพ** | | |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 2 | 6.66 |
| รับจ้าง | 1 | 3.33 |
| ค้าขาย | 4 | 13.33 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 23 | 76.68 |

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

**ตารางที่ 4** จำนวนของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 30) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **รายได้ (บาท/เดือน)** ( $\overline{X}$ =6,683.33 ปี, sd. = 13,167.78ปี, ต่ำสุด 600 บาท, สูงสุด 50,000 บาท) | | |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน | 22 | 73.34 |
| 5,000-10,000 บาท/เดือน | 4 | 13.33 |
| มากกว่า 10,000 บาท/เดือน | 4 | 13.33 |
| **สถานภาพครอบครัว** | | |
| หัวหน้าครอบครัว | 12 | 40.00 |
| สมาชิกในครอบครัว | 18 | 60.60 |
| **สิทธิการรักษาพยาบาล** | | |
| บัตรทอง | 22 | 73.34 |
| ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ | 7 | 23.33 |
| ประกันสังคม | 1 | 3.33 |
| **การวินิจฉัยโรคมะเร็ง** | | |
| CA Colorectal | 7 | 23.33 |
| CA H&N | 4 | 13.33 |
| CA Lung | 7 | 23.33 |
| CA Breast | 3 | 10.00 |
| CA Prostate | 2 | 6.68 |
| CA Esophagus | 1 | 3.33 |
| CA Pancreases | 1 | 3.33 |
| CA liver | 1 | 3.33 |
| Multiple myeloma | 1 | 3.33 |
| CA Cervix | 1 | 3.33 |
| CA Ovary | 1 | 3.33 |
| CA unknown primary | 1 | 3.33 |
| **จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล** | | |
| 1 ครั้ง | 21 | 70.00 |
| มากกว่า 1 ครั้ง | 9 | 30.00 |
| **แผนการรักษา** | | |
| ประคับประคอง | 30 | 100.00 |

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative performance scale; PPS) อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40 - 60%) (ร้อยละ 53.33) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) มีอายุเฉลี่ยที่ 67.23 ปี (S.D.= 9.73 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุ 61 - 70 ปี(ร้อยละ 43.33) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.33) เกินกึ่งหนึ่งมีศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.67) และไม่ได้ประกอบอาชีพถึง (ร้อยละ 76.68) รายได้ของครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 6,683.33 ต่อปี (S.D.= 13,167.78 ต่อปี) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาท /เดือน (ร้อยละ 73.34) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 60.60) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง (ร้อยละ 73.34 ) ส่วนการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ระยะท้าย (ร้อยละ 23.33) จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 70.00) แผนการรักษาที่ได้รับ คือ ประคับประคอง (ร้อยละ 100)

**ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน**

2.1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (n=30)

| ด้าน/มิติคุณภาพชีวิต | ก่อน | | | หลัง | | | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | SD. | ระดับ | $\overline{X}$ | SD. | ระดับ | | |
| **1. ด้านความสามารถในการทำหน้าที่** | 2.26 | 0.50 | ปานกลาง | 2.19 | 0.56 | ปานกลาง | -2.533 | 0.006* |
| มิติทางกาย | 2.96 | 0.73 | ปานกลาง | 2.91 | 0.80 | ปานกลาง | -0.672 | 0.251 |
| มิติทางบทบาท/การทำงาน | 2.15 | 0.73 | ปานกลาง | 2.12 | 0.82 | ปานกลาง | -0.359 | 0.360 |
| มิติทางอารมณ์ | 1.26 | 0.30 | ดี | 1.12 | 0.25 | ดี | -3.556 | < 0.001* |
| มิติด้านการรับรู้ | 1.83 | 0.67 | ดี | 1.82 | 0.69 | ดี | -0.264 | 0.396 |
| มิติทางสังคม | 3.03 | 0.61 | สูง | 2.95 | 0.72 | ปานกลาง | -1.131 | 0.129 |

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (n=30) (ต่อ)

| ด้าน/มิติคุณภาพชีวิต | ก่อน | | | หลัง | | | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD. | ระดับ | $\bar{X}$ | SD. | ระดับ | | |
| **2. ด้านกลุ่มอาการ** | 1.92 | 0.30 | ดี | 1.80 | 0.32 | ดี | -3.688 | < 0.001* |
| อ่อนล้า | 2.50 | 0.45 | ปานกลาง | 2.41 | 0.49 | ปานกลาง | -1.808 | 0.035* |
| คลื่นไส้อาเจียน | 1.07 | 0.22 | ดี | 1.03 | 0.13 | ดี | -1.000 | 0.159 |
| ปวด | 2.20 | 0.74 | ปานกลาง | 1.93 | 0.58 | ดี | -3.116 | 0.001* |
| หายใจไม่อิ่ม | 1.60 | 0.67 | ดี | 1.53 | 0.63 | ดี | -0.816 | 0.207 |
| นอนไม่หลับ | 2.17 | 0.53 | ปานกลาง | 1.77 | 0.63 | ดี | -3.978 | < 0.001* |
| เบื่ออาหาร | 1.90 | 0.84 | ดี | 1.87 | 0.82 | ดี | -0.276 | 0.391 |
| ท้องผูก | 1.67 | 0.66 | ดี | 1.43 | 0.63 | ดี | -2.111 | 0.017* |
| ท้องเสีย | 1.00 | 0.00 | ดี | 1.00 | 0.00 | ดี | 0.000 | 0.500 |
| ปัญหาการเงิน | 2.63 | 0.67 | ปานกลาง | 2.60 | 0.81 | ปานกลาง | -0.333 | 0.369 |
| **ภาพรวมด้านความสามารถในการทำหน้าที่และกลุ่มอาการ** | 2.10 | 0.38 | ปานกลาง | 2.00 | 0.41 | ดี | -3.151 | 0.001* |
| **3. ด้านคุณภาพชีวิตและด้านสุขภาพ** | 4.13 | 1.14 | ปานกลาง | 4.35 | 1.42 | ปานกลาง | -1.466 | 0.071 |
| ภาวะสุขภาพ | 4.50 | 1.07 | ปานกลาง | 4.67 | 1.32 | ปานกลาง | -0.792 | 0.214 |
| คุณภาพชีวิต | 3.77 | 1.36 | ปานกลาง | 4.03 | 1.59 | ปานกลาง | -1.416 | 0.078 |

**หมายเหตุ** * Significant (< 0.05) จาก Wilcoxon singed approximate z test

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p – value = 0.001) โดยในด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (p – value = 0.006) เมื่อแยกตามมิติ พบว่า ในมิติทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.001) ยกเว้นมิติทางกาย มิติทางบทบาท การทำงาน มิติด้านการรับรู้ และมิติทางสังคม ไม่แตกต่างกัน, ด้านกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด นอนไม่หลับ และอาการท้องผูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value $< 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มอาการปวด และอาการนอนไม่หลับมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ขณะที่อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย หายใจไม่อิ่มและปัญหาการเงินไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านคุณภาพชีวิตและด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการใช้โปรแกรมดังกล่าว

2.2. เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ดังแสดงในตารางที่ ตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลก่อนและหลังการดูแลตามแนวทางการดูแล (Palliative Care Outcome Scale; POS-C) (รายข้อ) (n=30)

| ปัญหาและความต้องการ | ก่อนการดูแล | | หลังการดูแล | | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | SD. | $\overline{X}$ | SD. | | |
| 1. อาการปวด | 1.50 | 0.73 | 1.10 | 0.55 | -3.207 | 0.001* |
| 2. อาการรบกวนที่กระทบต่อความรู้สึกผู้ป่วย | 1.77 | 0.63 | 1.30 | 0.65 | -3.500 | < 0.001* |
| 3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย | 1.17 | 0.59 | 0.47 | 0.51 | -3.827 | < 0.001* |
| 4. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้ป่วย | 1.13 | 0.43 | 0.40 | 0.50 | -4.300 | < 0.001* |
| 5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย | 0.13 | 0.35 | 0.03 | 0.18 | -1.732 | 0.042* |
| 6. การได้ระบายความรู้สึก | 1.40 | 0.81 | 0.93 | 1.11 | -2.985 | 0.001* |
| 7. ความรู้สึกซึมเศร้า | 0.20 | 0.41 | 0.10 | 0.31 | -1.732 | 0.042* |
| 8. ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า | 1.10 | 0.31 | 0.83 | 0.46 | -2.309 | 0.010* |

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสำโรง กรมการแพทย์

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลก่อนและหลังการดูแลตามแนวทางการดูแล (Palliative Care Outcome Scale; POS-C) (รายข้อ) (n=30) (ต่อ)

| ปัญหาและความต้องการ | ก่อนการดูแล | | หลังการดูแล | | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | SD. | $\overline{X}$ | SD. | | |
| 9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา | 0.07 | 0.37 | 0.00 | 0.00 | -1.000 | 0.159 |
| 10. การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ ปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย | 0.33 | 0.76 | 0.00 | 0.00 | -2.236 | 0.013* |
| **ภาพรวม** | **8.80** | **3.21** | **5.17** | **2.60** | -4.660 | < 0.001* |

**หมายเหตุ** * Significant (< 0.05) จาก Wilcoxon singed approximate z test

จากตารางที่ 6 ผลการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลรายข้อ พบว่าแต่ละรายการปัญหาและความต้องการพบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p – value < 0.05) ได้แก่ อาการปวด อาการรบกวนต่างๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้ระบายความรู้สึก ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงินและปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย ยกเว้นการเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภาพรวม พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายฯ คะแนนภาพรวมเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p – value < 0.001) (ก่อนการดูแล 8.80 คะแนน SD. = 3.21 คะแนน, หลังการดูแล 5.17 คะแนน, SD. = 2.60 คะแนน) แสดงถึงภาพรวมของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

**ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย**

3.1 ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (n=30)

| ประเด็นความพึงพอใจ | $\overline{X}$ | SD. | **ระดับความพึงพอใจ** |
|---|---|---|---|
| 1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ | **4.66** | **0.36** | **มากที่สุด** |
| 1) มีการติดต่อนัดหมายก่อน มาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง | 4.77 | 0.43 | มากที่สุด |
| 2) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ/ ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | 4.73 | 0.45 | มากที่สุด |
| 3) ใช้เวลาในการดูแลช่วย เหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม | 4.67 | 0.48 | มากที่สุด |
| 4) ความสะดวกรวดเร็วในการ ติดต่อเจ้าหน้าที่ มีช่องทาง/วิธีการขอรับบริการ หรือสอบถามข้อมูล/ เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน | 4.53 | 0.51 | มากที่สุด |
| 5) มีคนในชุมชนมาสนับสนุน ช่วยเหลือ | 4.60 | 0.50 | มากที่สุด |
| **2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ผู้ให้บริการ** | **4.73** | **0.23** | **มากที่สุด** |
| 6) ความสุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ | 4.87 | 0.35 | มากที่สุด |
| 7) ความเอาใจใส่รับฟัง ปัญหา กระตือรือร้น เต็มใจ ให้บริการ | 4.87 | 0.35 | มากที่สุด |
| 8) มีความสามารถ เชี่ยวชาญในการให้บริการ | 4.93 | 0.25 | มากที่สุด |
| 9) ให้บริการเท่าเทียมกัน ทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ | 4.90 | 0.31 | มากที่สุด |
| 10) มีสื่อ/ช่องทางติดต่อ เจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว | 4.40 | 0.50 | มากที่สุด |
| 11) ได้รับความสะดวกใน การยืมอุปกรณ์การแพทย์ไป ใช้ที่บ้าน | 4.40 | 0.50 | มากที่สุด |
| **3. ด้านคุณภาพการให้บริการ** | **4.46** | **0.46** | **มากที่สุด** |
| 12) ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้ | 4.47 | 0.51 | มากที่สุด |
| 13) มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้า หน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำ ปรึกษา | 4.57 | 0.50 | มากที่สุด |
| 14) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น | 4.33 | 0.66 | มากที่สุด |
| **ความพึงพอใจในภาพรวม** (คะแนน 0-10) | 9.23 | 0.57 | มากที่สุด |

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

จากตารางที่ 7 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน พบว่า ความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ( $\bar{x}$ =4.66, SD 0.36) ด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ ( $\bar{x}$ =4.73,SD 0.23) และด้านคุณภาพการให้บริการ ( $\bar{x}$ =4.46,SD 0.46) ส่วนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$ =9.23,SD 0.57)

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# บทที่ 5
# สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

หลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และมีข้อเสนอแนะ ในการวิจัยดังต่อไปนี้

## 1. สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางและผู้ดูแล จำนวน 30 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative performance scale; PPS) อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40 - 60%) (ร้อยละ 53.33) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) มีอายุเฉลี่ยที่ 67.23 ปี (S.D.= 9.73 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุ 61 - 70 ปี (ร้อยละ 43.33) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.33) เกินกึ่งหนึ่งมีศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.67) และไม่ได้ประกอบอาชีพถึง (ร้อยละ 76.68) รายได้ของครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 6,683.33 ต่อปี (S.D.= 13,167.78 ต่อปี) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 73.34) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 60.60) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง (ร้อยละ 73.34 ) ส่วนการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ระยะท้าย (ร้อยละ 23.33) จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 70.00) แผนการรักษาที่ได้รับคือประคับประคอง(ร้อยละ 100)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วม

ของเครือข่ายชุมชน พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p – value = 0.001) ผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย หลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ภาพรวมเฉลี่ย (5.17 คะแนน, SD. = 2.60 คะแนน) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p – value < 0.001) แสดงถึงภาพรวมของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาทุกข์จากปวดและอาการรบกวนต่างๆ รวมถึงได้รับการดูแลด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น ผู้ดูแลมีพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ทั้งรายด้านและภาพรวมในระดับมากที่สุด

**2. อภิปรายผลการวิจัย**

ผู้วิจัยขออภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1** เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน จากผลการวิจัย พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p – value = 0.001) โดยในด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (p – value = 0.006) เมื่อแยกตามมิติ พบว่าในมิติทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.001) ยกเว้นมิติทางกาย มิติทางบทบาท การทำงาน มิติด้านการรับรู้ และมิติทางสังคม ไม่แตกต่างกัน, ด้านกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด นอนไม่หลับ และอาการท้องผูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05) โดยพบว่า กลุ่มอาการปวด และอาการนอนไม่หลับมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ขณะที่อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย หายใจไม่อิ่มและปัญหาการเงินไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านคุณภาพชีวิตและด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการใช้โปรแกรมดังกล่าว ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลรายข้อ พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ(p – value < 0.05) ได้แก่ อาการปวด อาการรบกวนต่างๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้ระบายความรู้สึก ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงินและปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย

ยกเว้นการเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา พบว่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากส่วนใหญ่รู้สึกเสียเวลาในการไปรอรับการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือมีนัดที่โรงพยาบาลและผลการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภาพรวม พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ฯ คะแนนภาพรวมเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p – value < 0.001) (ก่อนการดูแล 8.80 คะแนน SD. = 3.21 คะแนน, หลังการดูแล 5.17 คะแนน, SD. = 2.60 คะแนน) แสดงถึงภาพรวมของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สอดสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนได้นำกรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสำนักการพยาบาลมาใช้ ได้แก่ 1.ด้านปัจจัยนำเข้า มีการเตรียมทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการซึ่งทีมสหสาวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และนำเครือข่ายชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อาสาสมัครชุมชนในชุมชนต้นแบบฯ จำนวน 3 ตำบล ซึ่งผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองขั้นพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครแล้วและผ่านการอบรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและเข้าฐานสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวไปที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและแนวทางประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านและความรู้ต่างๆที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมเยี่ยมบ้านกับทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองในชุมชนต้นแบบ ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เพิ่มการเข้าถึงการบริการ เพิ่มมาตรฐานการบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีระบบการส่งต่อการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและระบบให้คำปรึกษา เมื่อพบปัญหาเร่งด่วนหรือซับซ้อนและการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาถึงบ้านตามแผนการจำหน่าย มีการจัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความต้องการการดูแลตามระดับ PPS Score ทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและต่อเนื่อง เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโดยให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านพร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อนำไปทบทวน มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ ยาต่างๆให้พร้อมใช้และเพียงพอกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายเพื่อให้พร้อมใช้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 2. ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ กระบวนการก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้านและหลังเยี่ยม ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการทุกขั้นตอน ในแต่ละระยะของการดำเนินงาน และนำหลักการประเมิน INHOMESSS มาใช้ในการเยี่ยมบ้านระหว่างลงเยี่ยมบ้านโดย กระบวนการก่อนเยี่ยมบ้าน มีการประชุม

ทีมเยี่ยมบ้าน ศึกษาประวัติผู้ป่วย ทบทวนการรักษาที่ได้รับรวมถึงยาที่ต้องใช้และวิธีการบริหารยา ที่ได้เตรียมแผนที่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติ นัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้า สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัญหาของญาติที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อนำมาประกอบการวางแผนดูแล เตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ ยาต่างๆโดยเฉพาะยากลุ่มOpioidและยาที่ใช้จัดการอาการระยะท้ายให้พร้อมใช้ ระหว่างเยี่ยมบ้าน มีการประเมินสมรรถนะร่างกายผู้ป่วย (PPS) ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ และจัดการปัญหาที่พบทันที เช่น อาการปวด อาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ อาการท้องผูกฯลฯ เพื่อลดความไม่สุขสบายรวมทั้งให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็น เช่น ข้อมูลเรื่องโรค พยากรณ์โรค แผนการดูแลจัดการอาการต่างๆ ทบทวนเป้าหมายการดูแลหรือแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ครอบครัว ส่งต่อปัญหาให้อาสาสมัครหรือเครือข่ายสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ เพื่อติดตามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านเมื่อเกินศักยภาพ ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน มีการประชุมทีมเยี่ยมบ้านเพื่อหารือร่วมกันและเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกแง่มุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ บันทึกผลการเยี่ยมบ้านและการนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป นอกจากนี้ยังมีระบบการเยี่ยมบ้านแบบวิถีใหม่ (New Normal) โดยใช้ Line, VDO Call มาปรับใช้ ซึ่งโปรแกรมฯดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล,อรสา กงตาลและเกศินี สราญฤทธิชัยกุล(2557) ซึ่งได้พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการพัฒนาการโดยจัดอบรมความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลหลักและแกนนำชุมชน พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมบ้านของกลุ่มแกนนำชุมชน ให้การปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และที่สำคัญคือชุมชนมีความตระหนักและเกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาสมพงษ์ จันทร์โอวาท,สุภาพร สุโพธและนวรัตน์ บุญนาน(2557) ได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.69 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 11.27 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดโครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐานและโครงการที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง เพื่อการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

และการพัฒนาระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัยและการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา เที่ยงแก้วและประทีป สุขีลักษณ์ (2561) ที่ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (วัดผลด้วย palliative care outcome scale: POS) และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลฯผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลฯ (POS) หลังได้รับการดูแลฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน 28.84 หลัง 17.13, p<0.001) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติหลังได้รับการดูแลฯ อยู่ในระดับมาก ทั้งด้านร่างกาย (=3.12, 4.24; p<0.001) ด้านสังคม (=3.08, 4.00; p<0.001) และด้านการพยาบาล ในภาพรวม (=3.00, 4.06; p<0.001) ส่วนด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง [ด้านจิตใจ (=3.30, 3.50; p<0.001) จิตวิญญาณ (=2.40, 3.34; p=0.018)] และสรุปว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่ต้องดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวต่อไป

**วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

จากผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ผู้ดูแลมีความพึงพอใจทั้งรายด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยรายด้านมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทั้ง3 ด้านได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{X}$ =4.66, SD 0.36) ด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.73,SD 0.23) และด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{X}$ =4.46,SD 0.46) ส่วนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =9.23,SD 0.57) ทั้งนี้เนื่องจากในขั้นตอนการให้บริการ มีการติดต่อนัดหมายก่อนมาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สามารถติดต่อทีมเยี่ยมบ้านได้และมีช่องทางให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อต้องการคำปรึกษาหรือสอบถามข้อมูลต่างๆ รวมทั้งพึงพอใจที่มีอาสาสมัครในชุมชนซึ่งเป็นมีความคุ้นเคยมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวและสามารถให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ ซึ่งจากตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแบบสอบถาม ได้แก่ *“ดีใจที่มีหมอมาเยี่ยม อยากให้มาบ่อยๆ อยู่นานๆ” “รู้สึกดีใจและมีกำลังใจที่หมอและอสม. ของหมู่บ้านมาเยี่ยมและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว อาหารการกิน และเรื่องอื่นๆ ที่สงสัย” “พึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่จากหลายหน่วยงานมาติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เช่น รพ.*

*มะเร็งลำปาง รพ.สต.ต้นมื่น และอสม. ในพื้นที่" "ได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ได้ตลอด เมื่อมีปัญหาโดยสามารถปรึกษาทางไลน์และโทรศัพท์ติดต่อสอบถามพยาบาลที่ดูแลตลอด" "ดีใจที่หมอมาเยี่ยมบ้าน อุ่นใจมีอะไรไม่เข้าใจก็ถาม หมอช่วยจัดการเรื่องยาแก้ปวดให้คนไข้หายปวดก็ดีใจแล้ว"* ผู้ดูแลมีความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่และทีมเยี่ยมบ้านเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้าน ให้ความเป็นกันเอง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ความเอาใจใส่รับฟัง ปัญหา เต็มใจ ให้บริการ และพึงพอใจที่มีระบบการยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน จากตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแบบสอบถาม ได้แก่ *"เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี ให้ยืมอุปกรณ์ แนะนำการกายภาพบำบัดที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยติดเตียง"* นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้ มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา จากตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแบบสอบถาม ได้แก่ *"รู้สึกขอบคุณสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่ทำให้กับครอบครัว ทุกคนดีมากๆ ความรู้สึกมั่นใจมากขึ้นมาก"* ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา(2560) ได้ศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกรณีที่มีต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน จากการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก เห็นว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีแบบพุทธของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพระสงฆ์ ช่วยให้ทางสว่างแก่ญาติและผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ และจิตวิญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ สิมลีและคณะ(2563) ที่ศึกษารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6 ด้าน 2) การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 3) กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนา ผู้ป่วยได้รับการจัดอาการปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เข้าถึงบริการดูแลในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารมย์ พรหมดี,นภาวรรณ จันทร์เต็มและมะลิเผยผิวทอง(2563) ที่ศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ในกลุ่มโรคมะเร็ง

ในระยะลุกลาม ที่มีค่าPPS<60% ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้ายที่มีค่าPPS < 60% มีการวางแผนล่วงหน้าร้อยละ100 หลังการใช้แนวทางค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p< .05$) ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ( $\bar{X}$ =4.27,SD=0.61)

สรุปผลการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโปรแกรมที่นำเครือข่ายชุมนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายที่เหมาะสมกับบริบท ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เป็นโปรแกรมที่ช่วยสนับสนุนให้ทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายชุมชน สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งทีมผู้ให้บริการส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

**3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

**ด้านปฏิบัติการพยาบาล**

- นำโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายที่บ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ

**ด้านวิชาการ**

- มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการแก่หน่วยงานอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล, เครือข่ายโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 และ2
- เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวิจัยอื่นๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

**ด้านบริหารการพยาบาล**

- ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ขยายผลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนอื่นๆ

**4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

- ควรนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนอื่นๆ เพื่อมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้านให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# บรรณานุกรม


Silpakit C, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E,Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ—C30): validation study of the Thai version. **Qual Life Rees 2006,15(1)**,167-72.

World Health Organization.Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL: measuring quality of life** [Internet]. 1997 [cited 2024 January23]. Available from: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization. (2002). **Definition of palliative care** [homepage on the Internet]. Geneva: The Organization[cited 2019 Apr 4]. Available from: https:// www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

Worldwide Palliative Care Alliance. (2020). **Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition**. Retrieved September1,2019, fromWHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress.pdf

กรมการแพทย์. (2557). **แนวทางการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.**สืบค้นมีนาคม 25, 2567 จาก www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner.

กรมการแพทย์.(2563). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์**(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมการแพทย์.(2565). **แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Homeward)**. สืบค้นมีนาคม 25, 2567 จากhttps://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง** วานิสย์.

กาญจนา จันทะนุย, พัชรมาศ คุณวงศ์ และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.**วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10(2)**, 292-298.

เข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เอมอร สวยสมและอณัญญา ลาลุน.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ.**วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 31(2)**,251-261.

จินตวีร์ เกษมศุข (มปป.).**การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม เอกสารประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง สาขาวิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีปทุม** สืบค้นมีนาคม 30 ,2567 จากhttps://edupol.org/eduOrganize/eLearning /generalStaff/doc/group10/08/01.pdf.

จิรประภา ศิริสูงเนิน. (2561). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(2)**,317-335.

ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรังศรีและ พิเชฐ บัญญัติ. (2560). รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก.สักทอง. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์,23(1)**,154-167.

ธนจิรา พวงผกา (2559) **ปัจจัยที่มีผลกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาสามปีของเทศบาลตำบลบางเดื่อ อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี.**สืบค้น มีนาคม 21,2567. จากhttp://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_ 2016_ 5803011153_5083_5064.pdf.

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.**วารสารพยาบาลทหารบก,21(1)**,26-34.

บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทร์ชม, จรูญศรี มีหนองหว้า, และฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา. (2560). การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(5)**, 905-913.

พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ (2564). **การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย.**สืบค้น มีนาคม 30, 2567 จากhttps://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/5091/

พรภัทรา แสนเหลา(2560)**.**บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพระสงฆ์ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,35(4)**,150-156.

เพ็ญศรี รักษ์วงค์ และคณะ.(2564).การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,37(1)**,266-280.

ภัควีร์ นาคะวิโร. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560,7(1)**, 11-23.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ ปาริชาติ เพียสุพรรณ์.(2560).**คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์การดูแลประคับประคอง ในโรงพยาบาล**.(พิมพ์ครั้งที่1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ ปาริชาติ เพียสุพรรณ์.(2564).**มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง.** สืบค้น มีนาคม 23 ,2567จากhttps://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2022/02/Quality-Standard-for-Palliative-Care-2022.pdf

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. (2565). **สรุปผลการดำเนินงาน งานพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.** กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล.

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา.(2550). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. ค้นความหมายของคำศัพท์**. สืบค้น มีนาคม 9, 2567จาก http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp

มารยาท สุจริตวรกุล.(2562) .ศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี.**วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 44(2)**, 97-108.

ลดารัตน์ สาภินันท์.(2556). **คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพท์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. (พิมพ์ครั้งที่1).บริษัทเวียงการพิมพ์ จำกัด.

วิภาดา พึ่งสุข, พิษณุรักษ์ กันทวีและภัทรพล มากมี.(2563).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย.**วารสารสุขศึกษา,43(1)**, 143-154.

วรณัน ประสารอธิคม.(2561).**แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน.**สืบค้น มีนาคม 9, 2567 จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf

สำนักการพยาบาล(2556).**การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.**สืบค้น มีนาคม 9, 2567 จากhttp://118.174.45.29/hhc/download/

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ(2561). **แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็ง.**สืบค้น มีนาคม 9, 2567 จาก https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG

สำนักการพยาบาล. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.**(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). **นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563**.สืบค้น มีนาคม 9, 2567 จาก https://www.nationalhealth.or.th/index.php/th/node/3266.

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

สุพัตรา คงปลอด,นิตยา ศักดิ์สุภาและทิวา เกียรติปานอภิกุล.(2565). ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. **วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.18(1)**, 69-85.

สุนิดา เที่ยงแก้วและประทีป สุขีลักษณ์.(2561). ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.**วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 8(1)**,88-96.

สุภาพร มาลีวรรณ์, สมเสาวนุช จมูศรี และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา.(2559).ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน.**วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,34(4)**, 63-72.

สมพงษ์ จันทร์โอวาท, สุภาพร สุโพธ และนวรัตน์ บุญนาน. (2557).รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารวิชาการสาธารณสุข.23(3)**,395-402.

สุดา เนตรสว่าง สุดาภรณ์ สืบสุติน และถาวร ล่อกา.(2559). **รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง(พฤฒพลังลำปาง)**.สืบค้น มีนาคม 30,2567 จาก https://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG5840019.

ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล และเกศินี สราญฤทธิชัยกุล. (2557). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม.**วารสารการพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.37(3)**, 84-92.

อริณรดา ลาดลาและประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น.**วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.37(2)**, 199-207.

อนงค์ สิมลีและคณะ.(2563).รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.**วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.38(4)**,112-121.

อารมย์ พรหมดี,นภาวรรณ จันทร์เต็มและมะลิเผยผิวทอง.(2563).ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร.**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 5(3)**, 119-128.

อรวิธู กาญจนจารี ,ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม และสุปรีดา มั่นคง.(2560).บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแล แบบประคับประคองโดยเฉพาะ.**วารสารพยาบาลรามา 23(3)**, 328-343.

# ภาคผนวก

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# ภาคผนวก ก
# เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
# (Information sheet for research Volunteer)

**ชื่อโครงการวิจัย** ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ชื่อผู้วิจัย** นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
นางรัตนาภรณ์ รักชาติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
นางกาญจนา ดาวประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
นางกัญญา ศรีอรุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
นางวราภรณ์ ไชยตาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย**
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน** หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ 081-7248454

**ผู้ให้ทุนสนับสนุน** ไม่มี

---

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดี และข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมหรือไม่ การเข้าร่วม

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

ในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับ หรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะได้รับรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็น**ผู้แทนโดยชอบธรรม**ของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

**ความเป็นมาของโครงการวิจัย**

การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ที่ใด เช่น รับการรักษาในโรงพยาบาลจำหน่ายกลับมาฟื้นฟูสภาพ/พักฟื้นที่บ้าน พยาบาลจะต้องมีการวางแผนจำหน่าย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากระยะวิกฤตในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา และทีมการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้แผนการจำหน่ายที่กำหนดไว้ขณะรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดำเนินการต่อให้แผนการดูได้มีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสภาวะโรคช่วยผู้ป่วยฟื้นหายหรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้โดยไม่รู้สึกว่า เป็นความจำกัดของการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (สำนักการพยาบาล, ๒๕๕๖) เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายที่สำคัญคือผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี (Good death) สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (จิรประภา ศิริสูงเนิน, ๒๕๖๑)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีศูนย์เปี่ยมสุข (Palliative Care Center) ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้ข้อมูลต่างๆ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยและญาติ มีหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต (QLU) เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวม ส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินปัญหา ความต้องการ ความรู้ และทักษะในการดูแลครอบคลุมตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนในเขตเยี่ยมบ้าน

โดยร่วมกับ รพช. รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบในการออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน มีงานดูแลต่อเนื่องที่บ้านและเยี่ยมบ้านในเขตอำเภอเมืองลำปาง และสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยประคับประคองและมะเร็งระยะท้ายในระดับตำบล จำนวน ๓ ตำบล ในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านขาดการติดตามหลังการจำหน่าย ร้อยละ ๒๐ ได้รับการเยี่ยมไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ ๑๐ ไม่สามารถจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายที่บ้านได้และผู้ดูแลยังไม่มั่นใจในทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, ๒๕๕๖) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานโดยตรง จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลำปางและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

**รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย**

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับทราบถึงโครงร่าง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยก่อนการเข้าร่วมโครงการ มีการขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบ และขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ

**ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย**

**เมื่อวิจัยสิ้นสุดลง และได้คำตอบตามวัตถุประสงค์แล้ว จะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย** ได้มีความรู้ในการดูแลการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการติดต่อประสานงานเมื่อผู้ป่วยปัญหาที่ซับซ้อนในการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้โดยไม่จำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาล และสามารถนำผลวิจัยนี้ไปปรับใช้เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในโรคอื่นๆในหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆต่อไป

**การเก็บข้อมูลเป็นความลับ**

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 3 เดือน ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย และจะถูกทำลายภายหลังครบกำหนดดังกล่าว ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจ หรือรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย**

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

**เลขที่** อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและ ผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ชื่อผู้วิจัย นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่ที่ติดต่อ 199 หมู่ที่ 12 ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000 โทรศัพท์ที่ทำงาน 054-335262-8 ต่อ 222

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาตอบแบบสอบถาม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาหรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

| ลงชื่อ..... | ลงชื่อ..... | ลงชื่อ..... |
|---|---|---|
| ผู้วิจัยหลัก | อาสาสมัครวิจัย/ผู้ป่วย | ญาติผู้ป่วย |
| วันที่...../...../..... | วันที่...../...../..... | วันที่...../...../..... |

| ลงชื่อ..... | ลงชื่อ..... |
|---|---|
| พยาน | พยาน |
| วันที่...../...../..... | วันที่...../...../..... |

## ภาคผนวก ข
## เครื่องมือดำเนินการเพื่อการวิจัย

**เรื่อง** ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ต่อคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

.....

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปางและศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง แบบประเมินมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale(POS) ของ Irene Higginson and Dr.Richard Harding & et.al,2002 King's college, London, UK

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

ขอความกรุณาท่านให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม ตามความคิดเห็นของท่าน เพื่อเป็นข้อมูลนำไปใช้ในโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอภาพรวม ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายแต่ประการใดแก่ผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ ทั้งสิ้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลตามแบบประเมินครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล
ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างและ/หรือเครื่องหมาย ✓ลงใน ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

**1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล(สำหรับผู้ป่วย)**

1. **อายุ** .....ปี
2. **เพศ** ◯ ชาย ◯ หญิง
3. **สถานภาพสมรส** ◯ โสด ◯ สมรส ◯ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
4. **ระดับการศึกษาสูงสุด**
   - ◯ ประถมศึกษา ◯ มัธยมศึกษาปวส./ปวท./ อนุปริญญา
   - ◯ ปริญญาตรี ◯ ปริญญาโทหรือสูงกว่า ◯ อื่นๆ (ระบุ).....
5. **อาชีพ**
   - ◯ นักเรียน/ นักศึกษา ◯ รับราชการ
   - ◯ รัฐวิสาหกิจ ◯ รับจ้าง
   - ◯ ค้าขาย ◯ ไม่ได้ทำงานเนื่องจาก.....
6. **รายได้**.....บาท/ เดือน .....บาท
7. **สถานภาพในครอบครัว** ◯ หัวหน้าครอบครัว ◯ สมาชิกครอบครัว
8. **สิทธิ์การรักษา**
   - ◯ บัตรทอง ◯ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ
   - ◯ ประกันสังคม ◯ อื่นๆ (ระบุ).....
   - ◯ รัฐวิสาหกิจ

**1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับเจ้าหน้าที่)**

9. **ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย(PPS).....%**
10. **การวินิจฉัยโรค**.....
11. **จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**.....ครั้ง
12. **การรักษาที่ได้รับ**
    - ◯ ประคับประคอง ◯ เคมีบำบัด
    - ◯ รังสีรักษา ◯ ผ่าตัด ◯ อื่น ๆ (ระบุ).....

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กลุ่มงานวิชาการแพทย์

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30)**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

| ลำดับ | กิจกรรม | ระดับความคิดเห็น | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ไม่เลย | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
| 1 | คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเอง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆ หรือไม่ | | | | |
| 2 | คุณมีความลำบาก ในการเดินทางไกลๆ หรือไม่ | | | | |
| 3 | คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ นอกบ้านหรือไม่ | | | | |
| 4 | คุณจำต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่ | | | | |
| 5 | คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ หรือไม่ | | | | |
| 6 | คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่ | | | | |
| 7 | คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่น ๆ หรือไม่ | | | | |
| 8 | คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหรือไม่ | | | | |
| 9 | คุณมีอาการปวดหรือไม่ | | | | |
| 10 | คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่ | | | | |
| 11 | คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่ | | | | |
| 12 | คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่ | | | | |

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

| ลำดับ | กิจกรรม | ระดับความคิดเห็น | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ไม่เลย | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
| 13 | คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่ | | | | |
| 14 | คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่ | | | | |
| 15 | คุณอาเจียนหรือไม่ | | | | |
| 16 | คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่ | | | | |
| 17 | คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่ | | | | |
| 18 | คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่ | | | | |
| 19 | อาการปวดรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของคุณหรือไม่ | | | | |
| 20 | คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆ ที่ต้องการใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูโทรทัศน์ หรือไม่ | | | | |
| 21 | คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่ | | | | |
| 22 | คุณรู้สึกกังวลหรือไม่ | | | | |
| 23 | คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่ | | | | |
| 24 | คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่ | | | | |
| 25 | คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือไม่ | | | | |
| 26 | สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่ | | | | |
| 27 | สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่ | | | | |
| 28 | สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่ | | | | |

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

**29. สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาวงกลมล้อมรอบตัวเลขระหว่าง 1 ถึง 7 ที่ตรงกับคุณมากที่สุด คุณประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร?**

**1 2 3 4 5 6 7**

**แย่มาก ดีเยี่ยม**

**30. คุณประเมินคุณภาพชีวิตของคุณโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร?**

**1 2 3 4 5 6 7**

**แย่มาก ดีเยี่ยม**

ID code *

วันที่ประเมิน *

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale(POS)**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

**1. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมาท่านมีอาการปวดหรือไม่ ***

- ☐ 0 ไม่มีอาการปวดเลย
- ☐ 1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวนจึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
- ☐ 2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
- ☐ 3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ
- ☐ 4 ปวดอย่างมากมาย ท่วมท้นจนคิดอะไรไม่ออก

**2. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของท่าน รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่ ***

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 เล็กน้อย
- ☐ 2 ปานกลาง
- ☐ 3 รุนแรง
- ☐ 4 มากมายท่วมท้น

กรมการแพทย์

**3. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษาหรือไม่ ***

- ☐ 0 ไม่มีความกังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย
- ☐ 1 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆครั้ง
- ☐ 2 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมาธิของท่าน
- ☐ 4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนคิดอะไรไม่ออก

**4. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่าน หรือเพื่อนของท่าน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับท่านหรือไม่ ***

- ☐ 0 ไม่วิตกกังวลเลย
- ☐ 1 นานๆครั้ง
- ☐ 2 เป็นบ้างครั้ง มีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน
- ☐ 3 วิตกกังวลเป็นส่วนมาก
- ☐ 4 วิตกกังวลตลอดเวลา

**5. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามากน้อยเพียงใด ***

- ☐ 0 ได้รับทราบข้อมูลเต็มที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
- ☐ 1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- ☐ 2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆแล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
- ☐ 3 อยากทราบข้อมูลมาก และบางคำถามแพทย์หรือพยาบาลเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
- ☐ 4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

**6. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนหรือไม่ ***

- ☐ 0 ใช่ ได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- ☐ 1 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- ☐ 2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย นานๆครั้ง
- ☐ 4 ไม่เคยเล่ากับใครเลย

**7. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา เศร้าใจหรือไม่ ***

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 4 ตลอดเวลา

**8. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่ ***

- ☐ 0 ใช่ รู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- ☐ 1 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 4 ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

**9. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาลหรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่ ***

- ☐ 0 ไม่เสียเวลาเลย
- ☐ 2 เสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- ☐ 4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

**10. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว หรือไม่**

- ☐ 0 ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ผู้ป่วยต้องการ
- ☐ 2 ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 4 ปัญหายังมีอยู่ และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย

**11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของท่านในช่วงสามวันที่ผ่านมา**

**12. ท่านทำแบบสอบถามนี้อย่างไร**

- ☐ 0 ด้วยตัวเอง
- ☐ 1 ด้วยความช่วยเหลือของเพื่อน หรือ ญาติ
- ☐ 2 ด้วยความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่พยาบาล

**แบบสอบถาม : ความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน**

ID code *

วันที่ประเมิน *

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

| ประเด็นความพึงพอใจ | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | พึงพอใจมากที่สุด (5) | พึงพอใจมาก (4) | พึงพอใจปาน กลาง (3) | พึงพอใจน้อย (2) | พึงพอใจน้อยที่สุด (1) |
| **1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ** | | | | | |
| 1) มีการติดต่อนัดหมายก่อน มาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง | | | | | |
| 2) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ/ ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 3) ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 4) ความสะดวกรวดเร็วในการ ติดต่อเจ้าหน้าที่มีช่องทาง/วิธีการ ขอรับบริการ หรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน | | | | | |
| 5) มีคนในชุมชนมาสนับสนุน ช่วยเหลือ | | | | | |
| โปรดระบุสิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจ..... ..... | | | | | |

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

| ประเด็นความพึงพอใจ | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | พึงพอใจมากที่สุด (5) | พึงพอใจมาก (4) | พึงพอใจปาน กลาง (3) | พึงพอใจน้อย (2) | พึงพอใจน้อยที่สุด (1) |
| **2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ผู้ให้บริการ** | | | | | |
| 6) ความสุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ | | | | | |
| 7) ความเอาใจใส่รับฟังปัญหา กระตือรือร้น เต็มใจ ให้บริการ | | | | | |
| 8) มีความสามารถเชี่ยวชาญในการให้บริการ | | | | | |
| 9) ให้บริการเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ | | | | | |
| 10) มีสื่อ/ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว | | | | | |
| 11) ได้รับความสะดวกใน การยืมอุปกรณ์การแพทย์ไป ใช้ที่บ้าน | | | | | |
| โปรดระบุสิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจ<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | | | | | |

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

| ประเด็นความพึงพอใจ | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | พึงพอใจมากที่สุด (5) | พึงพอใจมาก (4) | พึงพอใจปาน กลาง (3) | พึงพอใจน้อย (2) | พึงพอใจน้อยที่สุด (1) |
| **3. ด้านคุณภาพการให้บริการ** | | | | | |
| 12) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้ | | | | | |
| 13) มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้า หน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำ ปรึกษา | | | | | |
| 14) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น | | | | | |
| โปรดระบุสิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจ<br>.....<br>..... | | | | | |

**<u>ตอนที่ 2</u> ความพึงพอใจในภาพรวม** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนนมากที่สุด ◄——► คะแนนน้อยที่สุด

| 1. ความพึงพอใจในภาพรวม | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

**<u>ตอนที่ 3</u> ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ**

.....

.....

.....

.....

# ผนวก ค

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

**ใบรับรองโครงการวิจัย**
**คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**
**โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**
**เลขที่หนังสือ 12 / 2567**

| | |
|---|---|
| **ชื่อโครงการ:** | ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง (The Effectiveness of Home Visit Program with Community Network Participation on the Quality of Life and Palliative Care Outcomes in Palliative and End of life Cancer Patients, Lampang Cancer Hospital) |
| **รหัสโครงการ:** | 12/2567 |
| **ชื่อหัวหน้าโครงการ:** | นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ |
| **หน่วยงานที่สังกัด:** | งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง |
| **สถานที่ทำวิจัย:** | โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง |
| **เอกสารที่รับรอง:** | 1. โครงร่างการวิจัย<br>2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย<br>3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย<br>4. เครื่องมือดำเนินการวิจัย<br>- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง<br>- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30)<br>- ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale(POS) ของ Irene Higginson and Dr.Richard Harding & et.al,2002 King's college, London, UK<br>- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน |
| **วันที่รับรอง:** | 9 มกราคม 2567 |
| **วันที่สิ้นสุดการรับรอง:** | 8 มกราคม 2568 |
| **การพิจารณา:** | แบบเต็มชุด (Full board) |

**ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)**

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

ลงนาม.....

(นายพิพัฒน์ คูประเสริฐยิ่ง)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นายวีรวัต อุครานันท์ )
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)**

# ภาคผนวก ง

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ**

1. แพทย์หญิงวรภัทร เชิงปัญญา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
   หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. แพทย์หญิงณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
   หัวหน้าสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
3. พว.ดลยา สุภีแดน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต
   โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ธัญบุรี

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# ภาคผนวก จ

1. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายที่บ้าน สำหรับอาสาสมัครและอาสาสมัครสาธารณสุข

คู่มืออาสาสมัคร

2. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและเป็นสื่อประกอบการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

คู่มือผู้ดูแลหลัก

# ภาคผนวก ฉ

**ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน**

**การเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

**1.พัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แก่อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายชุมชน 3 ตำบล ในจังหวัดลำปาง**

**อบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง และWorkshop เพื่อฝึกทักษะใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้านและการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยที่บ้านและแนวทางการเยี่ยมบ้านและการประสานงาน ณ ห้องประชุมชั้น 5 อาคารรังสีรักษาฯ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง แก่อาสาสมัครแกนนำ 3 ตำบล ในจังหวัดลำปาง**

**2. เยี่ยมบ้านร่วมกันโดยระหว่างทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง รพสต. และแกนนำอาสาสมัครชุมชน**

เยี่ยมบ้าน โดยใช้ Line ,VDO Call

ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการเยี่ยมบ้าน

**3. นิเทศติดตามประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง อาสาสมัครแกนนำ 3 ตำบล**

อบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง และWorkshop เพื่อฝึกทักษะใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้านและการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยที่บ้าน และแนวทางการเยี่ยมบ้านและการประสานงาน ณ ห้องประชุมชั้น 5 อาคารรังสีรักษาฯ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีแกนนำชุมชนและอาสาสมัคร

# ประวัติหัวหน้าโครงการผู้วิจัย

**ชื่อ – สกุล** นางปานจิตร์ วงศ์ใหญ่

**วัน เดือน ปีเกิด** 19 มีนาคม 2516

**ประวัติการศึกษา**

ระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนถิ่นโอภาสวิทยา จังหวัดแพร่ ปี 2535

ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ปี 2541

**ประวัติการทำงาน**

- พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในชาย ศูนย์มะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2541-2548
- รองหัวหน้างานหอผู้ป่วยในชาย ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2551
- หัวหน้างานพยาบาลหอผู้ป่วยหนักและห้องแยก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 -2561
- หัวหน้างานพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้านโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน

**ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์**

- ร่วมวิจัย ปี 2565 ผลงานวิจัย“การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในจังหวัดลำปาง: การวิจัยและพัฒนา” ตีพิมพ์วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.ปีที่ 4 ฉบับบที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)
- ร่วมงานวิจัย ปี 2566 ผลงานวิจัย “ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ดูแล” ส่งตีพิมพ์วารสารกรมการแพทย์ อยู่ระหว่างตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

# ประวัติผู้ร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อ – สกุล** นางรัตนาภรณ์ รักชาติ

**วัน เดือน ปีเกิด** 1 มกราคม 2513

**ประวัติการศึกษา**

ระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแจ้ห่มวิทยา ปี 2532

ระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ปี 2546

**ประวัติการทำงาน**

- พ.ศ. 2546 - 2548 หัวหน้างานเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
- พ.ศ. 2548 - 2551 หัวหน้าหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
- พ.ศ. 2553 - 2558 หัวหน้างานสุขศึกษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
- พ.ศ. 2558 - 2561 หัวหน้างานพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
- พ.ศ. 2561 - ปัจจุบัน หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์**

- ปี 2565 ผลงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในจังหวัดลำปาง : การวิจัยและพัฒนา ตีพิมพ์วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2565)
- ปี 2564 ผู้ร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิจัยและพัฒนา ตีพิมพ์วารสารวารสารกองการพยาบาลปีที่ 48 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2564)
- ปี 2565 ผู้ร่วมวิจัย “ผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง: การศึกษาเวชปฏิบัติในคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” ตีพิมพ์วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เดือน (เมษายน - มิถุนายน 2567)

# ประวัติผู้ร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อ-สกุล** นางกาญจนา ดาวประเสริฐ

**วัน เดือน ปีเกิด** 10 มิถุนายน 2517

**ประวัติการศึกษา**

ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เกียรตินิยม)

ระดับปริญญาโท พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย)

**ประวัติการทำงาน**

- พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (บรรจุรับราชการ 16 มี.ค. 2538)
- อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ตั้งแต่ 2539-2542)
- พยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง (2542-ปัจจุบัน)
- หัวหน้างานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง (2547-ปัจจุบัน)
- หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล (2563-ปัจจุบัน)

**ผลงานวิจัยที่ได้รับตีพิมพ์**

- การศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อคุณภาพการบริการแผนก ผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กาญจนา ดาวประเสริฐ, ยุพิน ชัยนาม, วิลาวัลย์ เชิงปัญญา, สุจิตรา ธรรมวงค์, นงนุช เชื้อเมืองพาน, ลาวัลย์ อารมณ์,วรัญญา เลิศทวีโพธกุล.วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ปีที่ 21 ฉบับที่1 (มกราคม – มิถุนายน 2558)
- อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่ ปรัศนี ศรีกัน, กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, ยุพิน ชัยนามและวราภรณ์ ไชยตาล. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2564)
- อัตราอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. ทศพล ดิษฐ์ศิริ, ปทุมรัตน์ ศรีพันธุ์, สมบัติ ดุลยรัตน์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, ดลสุข พงษ์นิกร. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(6)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

# ประวัติผู้ร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อ – สกุล** นางกัญญา ศรีอรุณ

**วัน เดือน ปีเกิด** 3 มกราคม 2515

**ประวัติการศึกษา**

ระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2534

ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ. 2542

**ประวัติการทำงาน**

- พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในหญิง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2548
- รองหัวหน้างานหอผู้ป่วยในหญิง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2551
- รองหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 - 2554
- รองหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 - 2558
- หัวหน้างานหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - 2565
- หัวหน้างานพยาบาลประคับประคอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน
- หัวหน้างานพยาบาลให้คำปรึกษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2565 - ปัจจุบัน

**ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์**

- ร่วมวิจัย ปี 2565 ผลงานวิจัย“การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในจังหวัดลำปาง : การวิจัยและพัฒนา” ตีพิมพ์วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.ปีที่ 4 ฉบับบที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)
- ผลงานวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ดูแล ส่งตีพิมพ์วารสารกรมการแพทย์ อยู่ระหว่างตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

# ประวัติผู้ร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อ – สกุล** นางวราภรณ์ ไชยตาล

**วัน เดือน ปีเกิด** 30 กรกฎาคม 2515

**ประวัติการศึกษา**

ระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนารีรัตน์ จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2534.

ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ 2538

**ประวัติการทำงาน**

- พยาบาลปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น-ราม จ. ขอนแก่น ตั้งแต่ พ.ศ 2538 – 2539
- พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเชียงใหม่-ราม จ. เชียงใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ 2539 – 2545
- พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเขลางค์นคร-ราม จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ 2545 – 2546
- พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในชาย ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ 2546 – 2549
- พยาบาลปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ 2549 – 2555
- พยาบาลปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ 2555 – 2566
- หัวหน้างานพยาบาลโภชนบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ 2566 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์