

ชื่อเรื่องบทความวิจัย การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อำเภอหนองวัวซอ
จังหวัดอุดรธานี

ชื่อ-สกุล ผู้วิจัยหลัก นางสาวอัจฉรา เวชบรรพต

สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

เบอร์โทรศัพท์ 086 578 726

ID Line ผู้วิจัย 086578726

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

อัจฉรา เวชบรรพต, พย.บ.*

ภาณุพงษ์ พังตุ้ย, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี (2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 30 ราย และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 17 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนและแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนคิดใน 2 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 72.27 ± 11.84 ปี โรคหลักคือโรคมะเร็ง ร้อยละ 50.00 บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 77.78 ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลประคับประคอง อย่างเป็นทางการ และปัญหาหลักคือภาวะจิตใจของผู้ดูแล ร้อยละ 76.67 (2) จากการพัฒนาได้แนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองที่มีองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน ได้แก่ ขั้นตอนการดูแลแบบต่อเนื่อง 5 ระยะ และมาตรการดูแลแบบองค์รวม 4C (Centered at patient and family, Comprehensive, Coordinated, Continuous) (3) ผลลัพธ์การดูแล พบว่าอัตราการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดความแรงสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.52 เป็นร้อยละ 93.33 อัตราการส่งต่อข้อมูลครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 และผู้ป่วยและครอบครัวทุกรายมีความพึงพอใจในระดับสูงสุด

ข้อเสนอแนะควรพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย บรรจุนักสังคมสงเคราะห์ในทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อลดภาระการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว และขยายผลแนวทางที่พัฒนาขึ้นสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิอื่นในจังหวัดอุดรธานี

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, พยาบาลชุมชน

*กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองวัวซอ

Improving of Palliative Care Guidelines in Nong Wua So District, Udon Thani Province

Achara Wechbunphot, B.S.N. *

Phanuphong Phangtui, M.S.N. *

Abstract

This action research aimed to (1) investigate the current situation, problems, and obstacles in palliative care within the primary care network of Nong Wua So District, Udon Thani Province, (2) improve palliative care guidelines appropriate to the local context, and (3) evaluate outcomes of the care system development. The sample consisted of 30 palliative care patients (for medical record review) and 17 healthcare personnel (for focus group discussion). The research was conducted using a 4-step action research cycle (Plan, Act, Observe, Reflect) over two cycles. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

Results showed that (1) Most palliative care patients were elderly with a mean age of 72.27 ± 11.84 years; cancer was the primary diagnosis 50.00%. Healthcare personnel 77.78% lacked formal palliative care training, and caregiver burden was the primary problem 76.67%. (2) A palliative care guideline was improved comprising two components: a 5-phase continuous care pathway and a 4C holistic care framework (Centered at patient and family, Comprehensive, Coordinated, and Continuous). (3) Key outcomes included: Strong Opioid access rates increased significantly from 44.52% to 93.33%, information transfer completeness reached 100% (from below 55% previously), and all patients and families reported the highest level of satisfaction.

Recommendations include developing a psychosocial support system for caregivers, integrating social workers into multidisciplinary teams, implementing a Telemedicine system for out-of-hours medical consultation and remote medication access, and disseminating the developed guidelines to other primary care networks in Udon Thani Province.

Keywords : Palliative Care, Action Research, Community nurse

* Primary and Holistic care Department, Nong Wua So Hospital.

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานผ่านการประเมินและจัดการอาการปวดและปัญหาต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยมากกว่า 40 ล้านคนต่อปีที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับบริการดังกล่าว¹

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายสำคัญและบรรจุไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 170,000 คน แต่มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข² พบว่าเพียงร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี³ มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเริ่มพัฒนาในโรงพยาบาลศูนย์และขยายลงสู่โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 5,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยมะเร็ง รองลงมาคือผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ร้อยละ 15 ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 10 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8 และอื่นๆ ร้อยละ 7 จากการวิเคราะห์ข้อมูลในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีการส่งผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลต่อเนื่องจำนวน 429 ราย โดยโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 82 ราย ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 76 ราย และแม่และเด็ก 65 ราย ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care จำแนกตามโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 28 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 18 ราย และผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว 10 ราย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับจังหวัดอุดรธานีดังข้อมูลแสดงข้างต้น

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับปฐมภูมิเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในการวิจัยมากขึ้น แต่ยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญหลายประการ แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลจำนวนมาก แต่การศึกษาในบริบทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยยังมีจำกัด การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง โดยขาดการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เช่น โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหัวใจล้มเหลว และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในบริบทของสังคมไทยยังมีน้อย องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรยังไม่ชัดเจน การศึกษาที่ผ่านมามักเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศไทย การศึกษาของสมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล และคณะ⁴ ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต แต่ยังมีขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการบูรณาการความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ากับการดูแลแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ นอกจากนี้ ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระดับปฐมภูมิให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการพัฒนา

ทักษะในการประเมินและจัดการอาการรบกวน เช่น อาการปวด อาการหายใจลำบาก และภาวะซึมเศร้า รวมถึงการสื่อสารเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญ แต่เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและต้องการความเข้าใจในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและทุนทางสังคมในชุมชนเข้ากับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองยังมีน้อย ทั้งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความยั่งยืนและ สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม การศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการ วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการวัดผลลัพธ์ด้านกระบวนการ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล จำนวนการเยี่ยมบ้าน หรือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำวางแผนดูแลล่วงหน้า แต่ขาดการศึกษาผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพของการดูแลอย่าง แท้จริง

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอหนองวัวซอ พบปัญหาหลายประการ ได้แก่ 1) การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน จาก ปีพ.ศ. 2565-2567 พบร้อยละ 66.15, 60.54 และ 55.31 ตามลำดับ ทำให้ไม่สามารถระบุปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน 2) บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิตขาดความรู้และทักษะในการจัดการ อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดความแรงสูง ร้อยละ 10.25, 8.16 และ 7.42 3) ขาดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีคุณภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 7.32, 4.45 และ 8.85 ตามลำดับ และ 4) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 2.74, 2.58 และ 3.15 ตามลำดับ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ และมีความ ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ ลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เครือข่าย บริการปฐมภูมิ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁵ ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองขององค์การอนามัยโลก และ International Association of Hospice and Palliative Care⁶ ร่วมกับหลักการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) ที่มีองค์ประกอบหลัก 4C ได้แก่ 1) Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ 2) Comprehensive การดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 3) Coordinated การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน 4) Continuous ความต่อเนื่องใน การดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากหลักการ 3 ประการ ได้แก่ (1) ความครอบคลุมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีตัวแทนจากทุกหน่วยงานในเครือข่าย (2) ความสามารถในการบริหารจัดการ ให้มีจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการสนทนากลุ่มและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และ (3) ความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) ครอบคลุมโรงพยาบาลหนองวัวซอ 1 แห่ง และ รพ.สต. 11 แห่ง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ในเครือข่าย มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ครอบคลุมประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ความท้าทายที่เผชิญ ทรัพยากรที่มีอยู่ และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการ และ (2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 13268 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

1.1 ข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุเฉลี่ย 72.27 ± 11.84 ปี (Median = 71.0 ปี; พิสัย 47–97 ปี) มีโรคหลักเป็นโรคเมเร็ง ร้อยละ 50.00 และโรคไตวายระยะสุดท้าย ร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยทุกรายมีอาการหายใจลำบากและอ่อนเพลียร่วม ร้อยละ 96.67 มีภาวะซีมเศร้า/ วิตกกังวล และ ร้อยละ 90.00 มีอาการปวดระดับปานกลาง–รุนแรง (NRS ≥ 4) ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 4.48 ปี (Median = 3 ปี) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60.00
หญิง	12	40.00
อายุ (ปี)		
41 – 60	4	13.33
61 – 80	18	60.00
> 80	8	26.67

Mean = 72.27, S.D. = 11.84, Median = 71.0, Min = 47, Max = 97

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	30	100.00
โรคหลัก		
โรคมะเร็ง	15	50.00
โรคไตวายระยะสุดท้าย	8	26.67
โรคหัวใจและหลอดเลือดระยะท้าย	4	13.33
โรคปอดระยะท้าย	2	6.67
โรคอื่น ๆ (Stroke/Dementia)	1	3.33
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)		
< 1	2	6.67
1 – 5	19	63.33
> 5 – 10	7	23.33
> 10	2	6.67
Mean = 4.48, S.D. = 3.03, Median = 3, Min = 0.6, Max = 15		
อาการที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หายใจลำบาก	30	100.00
อ่อนเพลีย	30	100.00
ซีมีเศร้า/วิตกกังวล	29	96.67
ปวด (ระดับปานกลาง-รุนแรง, NRS \geq 4)	27	90.00
เบื่ออาหาร	26	86.67
คลื่นไส้/อาเจียน	14	46.67

1.2 ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.89 อายุเฉลี่ย 43.59 ± 9.36 ปี (Median = 43 ปี; พิสัย 27–59 ปี) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.44 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เครือข่าย ร้อยละ 61.11 และในโรงพยาบาลหนองบัวซอ ร้อยละ 38.89 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 15.24 ± 8.59 ปี (Median = 15 ปี; พิสัย 5–37 ปี) ร้อยละ 61.11 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 77.78 ยังไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างเป็นทางการ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (n = 18)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	11.11
หญิง	16	89.89
อายุ (ปี)		
\leq 40	6	33.33
41 – 60	12	66.67
Mean = 43.59, S.D. = 9.36, Median = 43.0, Min = 27, Max = 59		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	17	94.44
สูงกว่าปริญญาตรี (ปริญญาโท)	1	5.56

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (n = 18) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน		
โรงพยาบาลหนองบัว	7	38.89
รพ.สต. เครือข่าย	11	61.11
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)		
1 – 5 ปี	2	11.11
> 5 – 10 ปี	5	27.78
> 10 ปี	11	61.11
Mean = 15.24, S.D. = 8.59, Median = 15.0, Min = 5, Max = 37		
ประสบการณ์อบรมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)		
เคยอบรมอย่างเป็นทางการ	4	22.22
ไม่เคยอบรมอย่างเป็นทางการ	14	77.78

ปัญหาและอุปสรรคจากการสนทนากลุ่ม จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ของการสนทนากลุ่ม สามารถจัดกลุ่มปัญหาและอุปสรรคได้เป็น 4 หมวดหลัก ดังนี้

หมวดที่ 1 ปัญหาด้านครอบครัวและผู้ดูแล เป็นปัญหาที่กล่าวถึงบ่อยที่สุดในการสนทนา ประกอบด้วย

- (1) ญาติดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ทำให้มีภาระสูงและเกิดภาวะหมดแรง
- (2) ญาติที่เข้าใจไม่ได้กับอาการเจ็บป่วย ต้องการให้ทำหัตถการทุกอย่างแม้ไม่มีประโยชน์
- (3) ญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ Palliative Care บางรายเข้าใจว่าเป็นการเร่งให้เสียชีวิต และ
- (4) ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแลเลย ทำให้การวางแผน ACP เป็นไปได้ยาก

หมวดที่ 2 ปัญหาด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ อุปกรณ์ที่ขาดแคลนบ่อยและส่งผลกระทบต่อมากที่สุด ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน/ถังออกซิเจน (บางรายต้องรับผู้ป่วยเข้านอนเพื่อรอกออกซิเจน) เตียงผู้ป่วย ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ และเครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง (Syringe driver/Infusion pump) ปัญหาระบบเบิกจ่ายนอกเวลาราชการเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินในช่วงกลางคืน

หมวดที่ 3 ปัญหาด้านบุคลากร บุคลากรเห็นตรงกันว่าจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน Palliative Care ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้ภาระงานสูง บางคนดูแลงานหลายงานพร้อมกัน นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะสมรรถนะในการบริหารยามอร์ฟินฉีด การใช้ Syringe driver และการสื่อสารเชิงบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้าย

หมวดที่ 4 ปัญหาด้านระบบและนโยบาย ปัญหาสำคัญด้านระบบ ได้แก่ ระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) ยังไม่เชื่อมต่อกับเทศบาลและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำให้การดูแลยังอยู่แค่ในระบบสาธารณสุข ตัวชี้วัดมาตรฐานงานที่มีจำนวนมากทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาสำหรับงาน Palliative Care น้อยลง ขาดระบบให้คำปรึกษา (Consult) แพทย์นอกเวลาราชการ และงบประมาณสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทาง

จากการประชุมสนทนากลุ่ม การทบทวนเวชระเบียน และการสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้ง 2 วงรอบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR: Plan – Act – Observe – Reflect) คณะผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอนองวัวซอ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดทรัพยากร แนวทางนี้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคอง 5 ระยะ ได้แก่ การคัดกรอง การประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (Advance Care Planning: ACP) การดูแลในโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน และการดูแลที่บ้านต่อเนื่อง และ (2) หลักการดูแลแบบองค์รวม 4C (Centered at patient and family, Comprehensive, Coordinated, Continuous) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) คือ เครื่องมือช่วยคัดกรองและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพทรุดโทรมลง (Deteriorating Health) จากโรคเรื้อรังที่จำกัดอายุขัย (Life-limiting Conditions) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างเหมาะสมและทันเวลา เครื่องมือประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยสำหรับคัดกรอง (Palliative Performance Scale: PPS) และเครื่องมือแบบประเมินอาการในผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) สำหรับประเมินอาการ และแบบประเมิน PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) สำหรับประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุปการเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการดูแล ไม่ใช่เพียงตัวชี้วัดใดตัวหนึ่ง เช่น ในระยะคัดกรอง มีการนำเครื่องมือ SPICT™ มาใช้เชิงรุกและมอบหมายให้พยาบาลและ อสม. ร่วมคัดกรอง ในระยะประเมิน มีการใช้ ESAS + PPS + PHQ-9 และทำ ACP เป็นกิจวัตรในผู้ป่วยทุกราย ในระยะในโรงพยาบาลมีการใช้ WHO Analgesic Ladder อย่างครบถ้วนและนำ Syringe driver มาใช้อย่างปลอดภัย ในระยะส่งต่อได้ปรับจากใบกระดาษเป็น Smart COC ร่วมกับ Line กลุ่ม CUP Palliative และในระยะดูแลที่บ้านได้เพิ่มการเยี่ยมแบบทีมสหสาขา Hotline 24 ชั่วโมง กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล และการติดตามในช่วงสูญเสีย (bereavement) ภายใน 1 เดือน การเปลี่ยนแปลงในทุกระยะนี้สอดคล้องกับหลักการ 4C (Centered at patient and family, Comprehensive, Coordinated, Continuous) และแนวคิด public-health palliative care ที่เสนอให้พัฒนาระบบทั้งสายธารของบริการ ไม่ใช่การแก้ไขจุดใดจุดหนึ่ง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อน-หลังการพัฒนา จำแนกตามขั้นตอนการดูแล 5 ระยะ และองค์ประกอบข้ามระยะ

ระยะ	แนวปฏิบัติ/ตัวชี้วัดย่อย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระยะที่ 1 การคัดกรอง (Screening & Identification)			
ระยะที่ 1	เครื่องมือคัดกรอง Palliative Care	ไม่มีเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน ใช้ดุลยพินิจแพทย์เป็นหลัก	ใช้ SPICT™ ฉบับแปลภาษาไทยคัดกรองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายทุกราย และ Surprise Question (“คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตใน 12 เดือนข้างหน้า?”)
ระยะที่ 1	ผู้รับผิดชอบคัดกรอง	แพทย์เป็นหลัก พยาบาลมีบทบาทไม่ชัดเจน	พยาบาล OPD/IPD/รพ.สต. และ อสม. ผู้เยี่ยมบ้าน ร่วมคัดกรอง
ระยะที่ 1	ช่วงเวลาคัดกรอง	คัดกรองเฉพาะเมื่ออาการรุนแรง/เข้าโรงพยาบาล	คัดกรองเชิงรุกใน chronic care clinic ทุก 3 เดือน และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของโรค

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อน-หลังการพัฒนา จำแนกตาม
ขั้นตอนการดูแล 5 ระยะ และองค์ประกอบข้ามระยะ (ต่อ)

ระยะ	แนวปฏิบัติ/ตัวชี้วัดย่อย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระยะที่ 2 การประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Assessment & Advance Care Planning)			
ระยะ ที่ 2	เครื่องมือประเมินอาการ	ประเมินอาการปวดด้วย NRS เพียงอย่างเดียว ไม่ ครอบคลุมอาการอื่น	ประเมินด้วย ESAS (9 อาการ) ร่วมกับ PPS และ PHQ-9 สำหรับภาวะซึมเศร้า
ระยะ ที่ 2	การทำ Advance Care Planning	ทำเฉพาะบางราย (ร้อยละ 43.33) และส่วนใหญ่ทำ ในช่วงท้ายของโรค	ทำในผู้ป่วยทุกรายก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 100) โดยใช้ แบบฟอร์ม ACP มาตรฐาน และมีการทบทวนทุกครั้งที่มี มีการเปลี่ยนแปลงของโรค
ระยะ ที่ 2	การประเมินภาระผู้ดูแล	ไม่มีการประเมินอย่างเป็น ระบบ	ประเมินด้วย Zarit Burden Interview ฉบับย่อ (ZBI- 12) และบันทึกใน HosXP
ระยะ ที่ 2	การประชุมครอบครัว (Family Meeting)	จัดเฉพาะกรณีที่มีความ ขัดแย้งในครอบครัว	จัดเป็นกิจวัตรในผู้ป่วยทุกรายก่อนจำหน่าย โดยแพทย์ + พยาบาล + เภสัชกรร่วมด้วย
ระยะที่ 3 การดูแลในโรงพยาบาล (In-hospital Palliative Care)			
ระยะ ที่ 3	การจัดการความปวด	ใช้ยากกลุ่ม non-opioid เป็น หลัก Strong Opioid ใช้ เพียงร้อยละ 44.52	ใช้ WHO Analgesic Ladder ครบทั้ง 3 ชั้น Strong Opioid (Morphine ฉีด/กิน) ในผู้ป่วยที่เหมาะสม ร้อยละ 93.33
ระยะ ที่ 3	การใช้ Syringe driver	ไม่มีการใช้ในเครือข่าย มี เฉพาะเตียงผู้ป่วยฉุกเฉิน	มีการใช้ในผู้ป่วย terminal stage ที่รับประทานยา ไม่ได้ พร้อมคู่มือการใช้และการปรับขนาดยา
ระยะ ที่ 3	ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT)	แพทย์ + พยาบาลเป็นหลัก ไม่มีเภสัชกร/นักโภชนาการ ร่วมเยี่ยมเป็นกิจวัตร	MDT round สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ) และ Bedside rounding เฉพาะเคส
ระยะ ที่ 3	การดูแลด้านจิตวิญญาณ	ไม่มีโปรโตคอลที่ชัดเจน	มีการประเมิน Spiritual need และประสานพระ/ผู้นำ ทางศาสนาตามความประสงค์ของผู้ป่วย
ระยะที่ 4 การส่งต่อสู่ชุมชน (Transfer to Community)			
ระยะ ที่ 4	รูปแบบการส่งต่อข้อมูล	ใช้ใบส่งต่อกระดาษ ข้อมูล ไม่ครบถ้วน < ร้อยละ 55	ใช้ Smart COC ร่วมกับ Line กลุ่ม CUP Palliative ข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 100
ระยะ ที่ 4	การประสานงาน รพ.สต.	แจ้งเมื่อผู้ป่วยกลับถึงบ้าน เท่านั้น รพ.สต. รับรู้หลัง เหตุการณ์	แจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 24 ชม. ก่อนจำหน่าย พร้อม Pre-discharge conference แบบออนไลน์
ระยะ ที่ 4	การจัดส่งอุปกรณ์/ยา	ผู้ป่วยต้องเดินทางกลับมารับ ยาที่โรงพยาบาลอำเภอ ระยะทาง 15-30 กม.	มีระบบยืม-คืนอุปกรณ์ (O2, เตียงลม, Syringe driver) และจัดส่ง Morphine ผ่าน รพ.สต.
ระยะที่ 5 การดูแลที่บ้านต่อเนื่อง (Home Palliative Care)			
ระยะ ที่ 5	การเยี่ยมบ้าน	พยาบาลเยี่ยมเฉลี่ยร้อยละ 53.33 ภายใน 14 วัน	ทีม รพ.สต. + อสม. + CG เยี่ยมภายใน 7 วันร้อยละ 100 และเยี่ยมต่อเนื่องตามความถี่ที่กำหนด
ระยะ ที่ 5	การให้คำปรึกษา 24 ชม.	ไม่มีช่องทางนอกเวลา ราชการ	Line OA "Palliative NW So" และ Hotline พยาบาลเวรศูนย์ 24 ชม.
ระยะ ที่ 5	การสนับสนุนผู้ดูแล	ไม่มีกิจกรรมเฉพาะ	Caregiver Support Group รายเดือน และคู่มือ Family Education Package
ระยะ ที่ 5	การดูแลช่วงสูญเสีย (Bereavement)	ไม่มีระบบติดตาม	พยาบาล/อสม. ติดตามครอบครัวภายใน 1 เดือนหลัง ผู้ป่วยเสียชีวิต และประเมินภาวะเศร้าโศกด้วย PG-13

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อน-หลังการพัฒนา จำแนกตามขั้นตอนการดูแล 5 ระยะ และองค์ประกอบข้ามระยะ (ต่อ)

ระยะ	แนวปฏิบัติ/ตัวชี้วัดย่อย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
องค์ประกอบข้ามระยะ (Cross-cutting)			
ทุกระยะ	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	อบรม Palliative Care ร้อยละ 23.53 คะแนนความรู้ 11.53 ± 2.24	อบรมครบ 100% คะแนนความรู้ 17.88 ± 1.41 และ on-the-job coaching ทุก 2 สัปดาห์
ทุกระยะ	แนวปฏิบัติ (CPG)	ไม่มี CPG เฉพาะในเครือข่าย	มี CPG 4C + 5-Phase Pathway ฉบับ อ.หนองบัวซอ ประกาศใช้ทั้ง CUP
ทุกระยะ	ระบบบันทึกและติดตามตัวชี้วัด	บันทึกใน HosXP/HDC ครบถ้วน < ร้อยละ 70	บันทึกครบถ้วนร้อยละ 100 พร้อม dashboard ติดตามรายเดือน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์หลังการดำเนินงาน หลังการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น 6 เดือน คณะผู้วิจัยได้เปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อน-หลังโปรแกรมทั้งในมิติกระบวนการ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและครอบครัว และด้านระบบและบุคลากร พบว่าตัวชี้วัดทุกด้านมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอัตราการได้รับ Strong Opioid ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.52 เป็น 93.33 (เพิ่มขึ้น 48.81%) และอัตราการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 100 ขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวทุกรายมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) คะแนนความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 11.53 ± 2.24 เป็น 17.88 ± 1.41 (เต็ม 20) และอัตราบุคลากรการอบรม Palliative Care เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.53 เป็น 100.00 อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างสำคัญที่ต้องพัฒนาต่อ ได้แก่ ภาระจิตใจผู้ดูแล (Caregiver burden) ระดับสูงพบถึงร้อยละ 76.67 และปัจจุบันเครือข่ายยังไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำทีม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดกระบวนการ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว และด้านระบบก่อนและหลังการเข้าร่วม

ตัวชี้วัด	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		ผลต่าง	หมายเหตุ
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ		
1) ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (n = 30)						
1.1 อัตราการประเมิน PPS / ESAS ก่อนจำหน่าย	17/30	56.67	30/30	100.00	+13 ราย (+43.33%)	ครบทุกราย
1.2 อัตราการทำ Advance Care Planning (ACP) ครบถ้วน	13/30	43.33	30/30	100.00	+17 ราย (+56.67%)	ครบทุกราย
1.3 อัตราการส่งต่อข้อมูลไป รพ.สต./ชุมชน ครบถ้วน	16/30	53.33*	30/30	100.00	+14 ราย (+46.67%)	*ก่อน <55%
1.4 อัตราการเยี่ยมบ้านภายใน 7 วันหลังจำหน่าย	19/30	63.33	30/30	100.00	+11 ราย (+36.67%)	ครบทุกราย
1.5 อัตราการบันทึกข้อมูลในระบบ HosXP / HDC ครบถ้วน	20/30	66.67	30/30	100.00	+10 ราย (+33.33%)	ครบทุกราย
2) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและครอบครัว (n = 30)						
2.1 อัตราการได้รับ Strong Opioid ที่เหมาะสม	≈13/30	44.52	28/30	93.33	+15 ราย (+48.81%)	ดีขึ้นชัดเจน
2.2 อัตราการควบคุมอาการปวดได้ (NRS ≤ 3) ก่อนจำหน่าย	16/30	53.33	29/30	96.67	+13 ราย (+43.34%)	เกือบทั้งหมด

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดกระบวนการ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว และด้านระบบก่อนและหลังการเข้าร่วม (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		ผลต่าง	หมายเหตุ
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ		
2.3 อัตราผู้ป่วยที่มีอาการปวด ไม่ได้รับการควบคุมหลังจำหน่าย	≈3/30	10.00	1/30	3.33	-2 ราย (-6.67%)	*ก่อน >10%; ลดลง
2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ครอบครัว ระดับมากที่สุด	n.a.	n.a.	30/30	100.0	—	ไม่ได้เก็บก่อน
2.5 อัตราการเสียชีวิตตามสถานที่ ที่ผู้ป่วยประสงค์	14/30	46.67	26/30	86.67	+12 ราย (+40.00%)	สอดคล้อง EOL
3) ตัวชี้วัดเชิงระบบและบุคลากร						
3.1 อัตราบุคลากรที่ผ่านการ อบรม Palliative Care (N = 17)	4/17	23.53	17/17	100.0	+13 คน (+76.47%)	ครอบคลุมทีม
3.2 คะแนนความรู้บุคลากร (เต็ม 20) Mean ± SD (N = 17)	11.53 ± 2.24	57.65	17.88 ± 1.41	89.40	+6.35 คะแนน (+31.75%)	p < .001
3.3 จำนวนแนวทาง (CPG) ที่ใช้ งานในเครือข่าย	0	0.00	1	100.0	พัฒนาใหม่ 0	CPG 4C + 5- Phase
3.4 จำนวน รพ.สต. ที่เข้าร่วม เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง (N = 6)	3/6	50.00	6/6	100.0	+3 แห่ง (+50.00%)	ครบทุกแห่ง
3.5 ภาระจิตใจผู้ดูแล (Caregiver burden) ระดับสูง (n = 30)	n.a.	n.a.	23/30	76.67	—	ช่องว่างที่ต้อง พัฒนา

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งใช้วงจร PAOR (Plan – Act – Observe – Reflect) 2 วงรอบ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยแบบประคับประคอง 30 ราย และการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 18 คน อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันสะท้อนภาวะโรคในผู้สูงอายุและช่องว่างของระบบบริการปฐมภูมิ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 72.27 ปี โรคหลักคือโรคมะเร็งและโรคไตวายระยะสุดท้าย สอดคล้องกับภาพรวมระดับโลกในรายงาน Global Atlas of Palliative Care at the End of Life ฉบับที่ 2 ขององค์การอนามัยโลก⁷ และ Worldwide Hospice Palliative Care Alliance⁸ ซึ่งระบุว่า มีผู้ใหญ่ประมาณ 56.8 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละปี โดยมากกว่าร้อยละ 66 เป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ ขณะที่ มีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ที่ต้องการบริการที่เข้าถึงการดูแลดังกล่าว⁹ ผลการศึกษานี้จึงยืนยันสภาพของ ช่องว่างการเข้าถึงบริการ ที่พื้นที่ชนบทของประเทศไทยประสบอยู่เช่นกัน สัดส่วนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่พบ ร้อยละ 26.67 สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัด สอดคล้องกับข้อเสนอของ Radbruch et al¹⁰ โดยเน้นว่าการดูแลแบบประคับประคองในศตวรรษที่ 21 ต้องขยายขอบเขตจากผู้ป่วยมะเร็งไปสู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกกลุ่ม รวมถึงโรคไตวาย โรคหัวใจ โรคปอด และภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาของ Thongkhamcharoen et al¹¹ สะท้อนว่าระบบไทยมีความท้าทายในการขยายบริการสู่โรคที่มีไข่มะเร็งและการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ ภาวะอาการหลายมิติที่พบ หายใจลำบากและอ่อนเพลีย ร้อยละ

100 ซีมเตร้า/ วิตกกังวล ร้อยละ 96.67 ปวดระดับปานกลาง-รุนแรง ร้อยละ 90 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Solano et al¹² ซึ่งวิเคราะห์อาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 กลุ่มโรค มะเร็ง เอชไอวี โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และไตวาย พบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย หายใจลำบาก และภาวะซีมเตร้า พบร่วมกันในทุกกลุ่มโรค โดยมีความชุกร้อยละ 50-90 การที่บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 77.78 ไม่เคยได้รับการอบรม Palliative Care อย่างเป็นทางการ สอดคล้องกับผลสำรวจของ Nilmanat¹³ ซึ่งชี้ว่าประเทศไทยยังขาดบุคลากรที่ได้รับการรับรองเฉพาะทาง โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ภาระจิตใจของผู้ดูแลระดับสูง ร้อยละ 76.67 สะท้อนปรากฏการณ์ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver Burden)

2. แนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับสากลและบริบทพื้นที่

การเลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบตามแนวของ Kemmis et al⁵ ทำให้บุคลากรและเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบแนวทาง การนำไปปฏิบัติ จนถึงการประเมินและปรับปรุง Coghlan and Brannick¹⁴ ยืนยันว่าลักษณะการวิจัยโดยคนใน (สมาชิก) ขององค์กร ชุมชน หรือกลุ่มวัฒนธรรมที่ถูกศึกษา (Insider research) เช่นนี้ช่วยให้เกิด ความเป็นเจ้าของ (Ownership) และการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งเหมาะกับระบบปฐมภูมิซึ่งผู้ปฏิบัติต้องปรับแนวทางให้สอดคล้องกับทรัพยากรและวัฒนธรรมท้องถิ่น

องค์ประกอบ 4C (Centered at patient and family, Comprehensive, Coordinated, Continuous) ของแนวทางที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับค่านิยมใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองที่ Radbruch et al¹⁰ ได้พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการ Delphi ของ IAHPIC ที่ย้ำว่าการดูแลต้องเป็น person-centered, holistic, integrated และ interdisciplinary ขณะที่ขั้นตอน 5 ระยะของแนวทาง (1. screening 2. assessment/ ACP 3. in-hospital care 4. transfer 5. home care) สอดคล้องกับ Palliative Care Pathway ของ Gómez-Batiste et al¹⁵ ซึ่งเป็นต้นแบบการดูแลแบบประคับประคองเชิงสาธารณสุข (public-health palliative care) ของ Catalonia ประเทศสเปน โดยเน้นการระบุหรือตรวจพบระยะเริ่มต้น (early identification) ผ่าน NECPAL tool และการบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชน

การมุ่งเน้นการดูแลระดับปฐมภูมิในเครือข่าย (Contracted Unit for Primary care: CUP) สอดคล้องกับข้อเสนอของ Mitchell¹⁶ ที่ชี้ว่าการดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (primary palliative care) ต้องจัดการความท้าทายคู่ขนาน (twin challenges) คือ การสร้างสมรรถนะให้ GP/พยาบาลปฐมภูมิ และการจัดระบบ referral/consultation ที่เข้าถึงได้ง่าย ส่วนในบริบทไทย Pairojkul et al¹⁷ รายงานโมเดล "Network of primary palliative care in Thailand" ที่ขับเคลื่อนโดยการให้การศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองโดยผู้เชี่ยวชาญ (specialist palliative care) ของโรงพยาบาล ตติยภูมิเข้ากับเครือข่ายปฐมภูมิสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องและเสริมฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ของโมเดลดังกล่าว

3. ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสะท้อนประสิทธิผลของการบูรณาการและการพัฒนาบุคลากร

ผลลัพธ์ที่โดดเด่นที่สุดคือ อัตราการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรง มีฤทธิ์ระงับปวดสูงมาก (strong Opioid) ที่เหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 44.52 เป็น 93.33 (เพิ่มขึ้น 48.81 จุดเปอร์เซ็นต์) สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Temel et al¹⁸ ที่พบว่าการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (early integration) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามทำให้สามารถควบคุมอาการได้ดีขึ้น คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น อีกทั้ง Pairojkul et al¹⁷ ระบุว่าระบบการบริหารยา Opioid ที่ชัดเจน และการอบรมบุคลากรเฉพาะเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในบริบทไทย

การที่อัตราการทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.33 เป็น 100 ก่อนจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Detering et al¹⁹ ที่พบว่าทำ ACP ช่วยเพิ่มโอกาสการเคารพความประสงค์ของผู้ป่วย ลดภาวะเศร้าโศกและซึมเศร้าในครอบครัว และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาบุคลากร จัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับบุคลากรที่ยังไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 76.47 เน้นทักษะการดูแลแบบองค์รวม การประเมินและจัดการอาการปวด การใช้เครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง (syringe driver) และยามอร์ฟีนฉีด (morphine inject) อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
2. ด้านการพัฒนาระบบ ผลักดันให้มีนักสังคมสงเคราะห์ในทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับปรึกษาแพทย์นอกเวลา และเชื่อมระบบการดูแลกับเทศบาล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. ด้านการจัดการทรัพยากร จัดสรรงบประมาณเพิ่มอุปกรณ์ที่ขาดแคลน โดยเฉพาะเครื่องผลิตออกซิเจน เตียงลม และเครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง (syringe driver)
4. ด้านการสนับสนุนผู้ดูแล จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver support group) และพัฒนาระบบการดูแลความสูญเสีย (bereavement support)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย เช่น การปรับใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life – BREF: WHOQOL-BREF) หรือแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care: FACIT-Pal)
2. ดำเนินการวิจัยวงรอบที่ 2 โดยเก็บข้อมูลหลังนำแนวทางไปปฏิบัติครบ 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืน
3. ศึกษาผลกระทบของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในพื้นที่ชนบท
4. วิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน
5. ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลหนองบัวขอม พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองบัวขอม จังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงปารัตน์ วุฒิจริยวงศ์ นางสาวนพพร จันทร์เสนา และนางปิยะนุช ไชยสาส์น ที่ให้ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 8 ประจำปี 2565–2567. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2567.
4. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล และคณะ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
5. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
6. International Association for Hospice and Palliative Care. Consensus-based definition of palliative care. Houston: IAHP; 2018.
7. Connor SR, editor. Global atlas of palliative care [Internet]. 2nd ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020 [cited 2026 May 21]. Available from: <http://www.thewhpc.org/>
8. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: WHPCA; 2020.
9. International Association for Hospice and Palliative Care. Consensus-based definition of palliative care. Houston: IAHP; 2018.
10. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(4):754-64.
11. Thongkhamcharoen R, Phunggrassami T, Atthakul N. Palliative care and hospice care in Thailand: development, challenges, and future directions. *J Palliat Med.* 2013;16(5):572-4.
12. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31(1):58-69.
13. Nilmanat K. Palliative care in Thailand: development and challenges. *Can Oncol Nurs J.* 2016;26(3):262-4.
14. Coghlan D, Brannick T. Doing action research in your own organization. 5th ed. London: SAGE Publications; 2019.
15. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(3):300-8.
16. Mitchell GK. Primary palliative care: facing twin challenges. *Aust Fam Physician.* 2011;40(7):517-8.

17. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Nontaret N, Pothiban L, Tulathamkit K, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: A multicenter study in Thailand. *Indian J Palliat Care*. 2021;27(1):114-20.
18. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42.
19. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c1345.