



การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง

Development of Palliative and End of Life Care Model for Cancer Patients Based on the Participation of Cancer-Free Village Community Network, Lampang Province

รัตนารักษ์ รักษาดี¹ สุภาพรณ์ อุดมลักษ์²

กัญญา ศรีอรุณ¹ ปานจิตร วังศ์ใหญ่¹ กัทธนัย ไชยพรม³

Ratanaporn Rakchate¹ Suphaphon Udomluck²

Kanya Siarun¹ Panjit Wongyai¹ Pattaranai Chaipom³

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนต้นแบบ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ผู้ร่วมวิจัย คือ ทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล เครือข่ายชุมชนต้นแบบ เครื่องมือวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon sign ranks test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .027$) ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .028$ และ $p .021$ ตามลำดับ) และความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{x} 3.47, SD 0.59)

คำสำคัญ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง Registered nurse, Lampang Cancer Hospital

² อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Lecturer, Faculty of Nursing, Nation University

Corresponding author, Suphaphon Udomluck, Email: Suphaphon_udo@nation.ac.th

³ อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง Lecturer in community public health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University

Abstract

Cancer is a major public health problem. This research and development aimed to develop and investigate the outcomes of palliative and end of life care model for cancer patients based on the participation of Cancer-Free Village Community Network, Lampang Province. Research methodology comprised 4 steps: 1) situational analysis of Lampang cancer-free village community network 2) development of palliative and end of life care model for cancer patients 3) model implementation and 4) evaluation of model's outcomes. The participants were providers team, cancer patients and their caregivers, and Lampang cancer-free village community network. Research instruments composed of interview form, the satisfaction questionnaire, and the outcome evaluation form of palliative and end of life care model. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and Wilcoxon-signed ranks test.

Research results revealed that the model consisted of 6 components: 1) seamless system for palliative and end of life care among cancer patients, 2) provision of update knowledge on palliative and end of life care, 3) integrating "Baworn" principle for working, 4) establishing supply center in the community, 5) provision of mental and spiritual care based on traditional Lanna rituals, and 6) establishing learning center in community. The outcomes after model implementation were—the palliative care outcome of caregivers, the satisfaction towards model implementation of caregivers and healthcare providers were significantly higher from that of the before (p .027, .028 and .021, respectively); and provider's team expressed that they could practice following the guidelines of the model at the highest level (\bar{x} 3.47, SD 0.59).

Key words palliative and end of life care model for cancer patients, participation of Lampang cancer-free village community network

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลรายงานขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ สังกัดองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน (Freddie et al, 2018) สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับแรก (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และสถิติโรคมะเร็งในเขตภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ.2556-2560 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เฉลี่ย 14,044 รายต่อปี และมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตเฉลี่ย 7,187 รายต่อปี (คลสุข พงษ์นิกร และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผลการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน (WHO, 2002)

การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตเป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิตหรือภาวะคุกคามต่อชีวิต มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ ทางกาย จิต

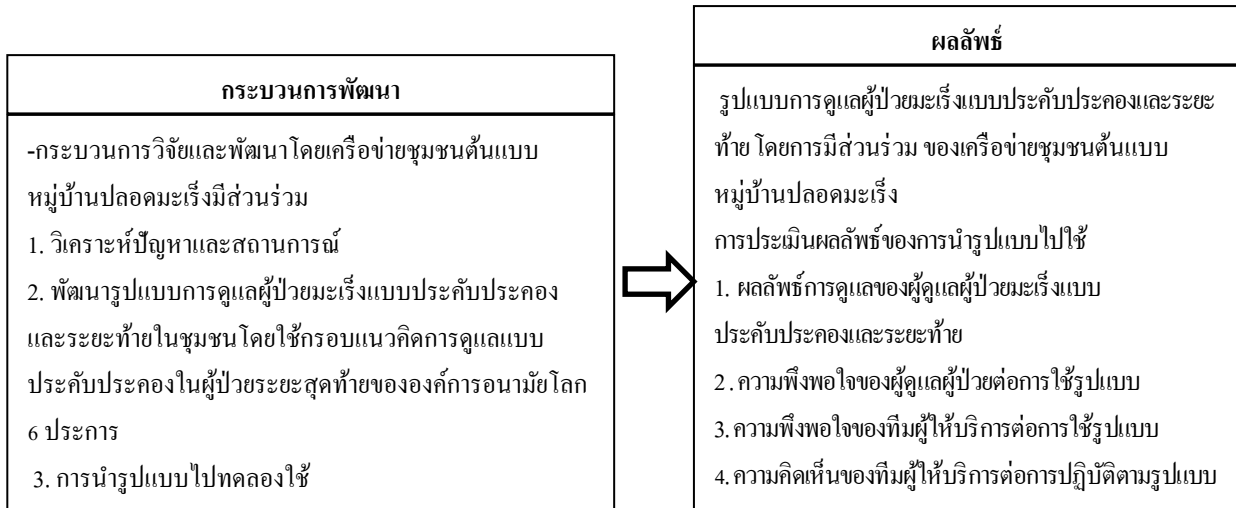
อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) มาประยุกต์ใช้ โดยยึดหลัก 6 ประการ ได้แก่ การยึดถือผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน ความต่อเนื่องในการดูแล การดูแลแบบเป็นทีม การส่งเสริมระบบในการดูแล และเป้าหมายการดูแล คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ควรเริ่มตั้งแต่กระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการการเข้าถึงยาระงับปวด (Opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เกิดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือระหว่างหน่วยบริการที่สอดคล้องกับบริการของพื้นที่ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบไร้รอยต่อนั้น เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ใกล้กับสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทำให้การพัฒนาระบบมีความต่อเนื่องและยั่งยืนได้ (บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทร์ชม, จรูญศรี มีหนองหัว, และฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา, 2560)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคมะเร็ง ด้วยการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ขึ้น โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2561–2565 เพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงการบริการที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั่วประเทศ (กรมการแพทย์, 2562) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์ มีภารกิจด้านการดูแลประคับประคองเชื่อมต่อจากนโยบายของกรมการแพทย์ ได้แก่ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองอย่างมีมาตรฐาน ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง และสร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 2 จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จัดระบบการส่งต่อในจังหวัดลำปาง และเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 2 มีงานดูแลต่อเนื่องที่บ้านและอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในตำบลต้นแบบ จำนวน 3 ตำบลในจังหวัดลำปาง ได้แก่ ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย และตำบลบ้านเสด็จ จัดทำโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ครอบคลุมการดูแล ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในปี

2563 ยังพบปัญหาผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 20 ได้รับการเยี่ยมไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าร้อยละ 75 อาสาสมัครมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนน้อย เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ ยังมีข้อจำกัดในการให้การสนับสนุนการดูแล เช่น ยา Opioid อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น อีกทั้งความร่วมมือของเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มียุทธศาสตร์สำคัญ คือ ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมและป้องกัน โรคมะเร็งที่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความรู้และเข้าถึงบริการ ในการส่งเสริมและป้องกัน โรคมะเร็ง เน้นการสร้างเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็ง การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ตอบสนองการแก้ไขปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัว สถานบริการ และในชุมชนด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดมะเร็ง และศึกษา ผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) 6 ประการคือ 1) ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบในการดูแล 6) เป้าหมายการดูแล คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายในชุมชนต้นแบบ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายในชุมชนต้นแบบ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ และเพื่อสำรวจความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย หลังนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ดีกว่าก่อนนำรูปแบบ
2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมผู้ให้บริการ หลังนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย สูงกว่าก่อนนำรูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ในเครือข่ายชุมชนต้นแบบ จังหวัดลำปาง (Research 1) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายในชุมชน ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านต้นมื่น ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง รวม 5 คน 2) เครือข่ายชุมชนต้นแบบ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนต้นแบบ ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 3 ชุมชน รวมจำนวน 10 คน และ 3) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง แบบประคับประคอง และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนอย่างละ 3 คน รวมจำนวน 6 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์ 30- 45 นาที และขออนุญาตบันทึก เทปการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์จากนั้นดำเนินการถอด เทปการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ จังหวัดลำปาง (Development1) และพัฒนาแบบประเมินผลลัพธ์ของ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ ดำเนินการระหว่าง เดือน กรกฎาคม – กันยายน 2564 โดยนำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ ในขั้นตอนที่ 1 มาประชุมทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วยทีมสาขาวิชาชีพของ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางร่วมกับแกนนำชุมชน อาสาสมัคร และ อสม. ในชุมชนต้นแบบ จำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านฝายน้อย หมู่ 9 ชุมชนบ้านต้นมื่น หมู่ 14 และชุมชนบ้านไร่ศิลาทอง หมู่ 10 ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง รวมทั้งสิ้น 30 คน เพื่อปรับปรุง (ร่าง) รูปแบบให้สมบูรณ์ จากนั้นนำ รูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ในชุมชนต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (Research 2) ไปใช้ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2565 ในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่รักษาแบบ ประคับประคองและระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชน ต้นแบบ จำนวน 3 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 6 คน และทีมผู้ให้บริการจำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (Development2) ทั้งด้านผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1. ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะ ท้ายในชุมชน ของ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่น ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 5 คน ในขั้นตอนที่ 1, 3 และ 4 และทีมสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล มะเร็งลำปางร่วมกับแกนนำชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และ อสม. ในชุมชนต้นแบบ จำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านต้นมื่น หมู่ 14 ชุมชนบ้านฝายน้อยหมู่ 9 และชุมชนบ้านไร่ศิลาทอง หมู่ 10 ตำบล พิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คนในขั้นตอนที่ 2

2. เครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา อสม. อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในชุมชนต้นแบบ ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 3 ชุมชน จำนวน 10 คน ในขั้นตอนที่ 1 และ 3

3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง แบบประคับประคอง และผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างละ 3 คน รวมจำนวน 6 คน ในขั้นตอนที่ 1, 3 และ 4

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง ผู้วิจัยพัฒนาจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับทีมผู้ให้บริการ เครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัยแก่บุคลากร ผู้ป่วยและผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการการทำงานระหว่าง บ้าน/ชุมชน วัด และราชการ 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์และวัสดุที่จำเป็นที่เข้าถึงง่ายในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์การเรียนรู้โรคมะเร็งและการดูแลที่บ้าน

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับผู้ดูแล (Palliative care Outcome Scale for Carers : POS-C) ของลคาร์ตัน สากินันท์ (2556) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อ 1-10 เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีค่าคะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4 (0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ และ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ) ข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด ถามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นคำถามปลายเปิดที่ถามผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย (ไม่นำมาคิดคะแนน) โดยประเมิน 2 ครั้งครั้งที่ 2 ห่างจากประเมินครั้งแรกประมาณ 3-7 วัน เนื่องจากในทุกข้อคำถาม ถามว่าในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีอาการ/ปัญหาอย่างไร การแปลผล คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลไม่ดีขึ้น บ่งชี้ว่าผู้ป่วย ไม่ได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวน และไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ลคาร์ตัน สากินันท์ (2559) แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบาย 8 ข้อ 2) ด้านการให้ข้อมูลและการดูแลผู้ป่วย 6 ข้อ และ 3) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว 3 ข้อ รวม 17 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนน 1 ถึง 5 (1 = ไม่พึงพอใจมาก 2 = ไม่พึงพอใจ 3 = เฉย ๆ 4 = พึงพอใจ และ 5 = พึงพอใจมาก) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน ดังนี้ 1.00 – 1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.51 –

2.50 มีความพึงพอใจน้อย 2.51 – 3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง 3.51 – 4.50 มีความพึงพอใจมาก และ 4.51 – 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคองและระยะท้าย คัดแปลงจากแบบประเมินของบรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ (2560) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนน 1 ถึง 5 (1 = มีความพึงพอใจ น้อยที่สุด 2 = มีความพึงพอใจน้อย 3 = มีความพึงพอใจปานกลาง 4 = มีความพึงพอใจมาก และ 5 = มีความ พึงพอใจมากที่สุด) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน ดังนี้ 1.00 – 1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.51 – 2.50 มีความพึงพอใจน้อย 2.51 – 3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง 3.51 – 4.50 มีความพึงพอใจมาก และ 4.51 – 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคองและระยะท้าย คัดแปลงจากแบบประเมินของบรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ (2560) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การดำเนินงานตามรูปแบบ 14 ข้อ และ 2) การให้การปรึกษาและประสานงาน 2 ข้อ มีลักษณะ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนน 1 ถึง 4 (1 = ปฏิบัติได้น้อย/ปฏิบัติได้ น้อยมากหรือไม่ได้เลย 2 = ปฏิบัติได้ปานกลาง/ปฏิบัติบางครั้ง 3 = ปฏิบัติได้มาก/ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 = ปฏิบัติ ได้มากที่สุด/ปฏิบัติได้ทุกครั้ง) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านดังนี้ 1.00-1.74 มีความคิดเห็นต่อ การปฏิบัติตามรูปแบบน้อยหรือน้อยมาก 1.75-2.49 มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบปานกลาง 2.50- 3.24 มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบมาก และ 3.25-4.00 มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (2.3) และแบบสอบถาม ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ (2.4) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ได้เท่ากับ 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการ ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (2.2) โดยทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่รักษา ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 15 คน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ (2.3) และ แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ (2.4) โดย

ทดสอบกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยผู้วิจัยได้** ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทีมผู้ให้บริการ และเครือข่ายชุมชน และนำเสนอประเด็นที่ต้องการพัฒนา/ปรับปรุง รวม 6 ด้านที่ประชุมมีมติเห็นชอบ และพัฒนาเป็น (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย จังหวัดลำปาง จำนวน 6 องค์ประกอบ

2. การประเมินผลลัพท์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนต้นแบบ ตำบลพิชัย จำนวน 3 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน รวมจำนวน 6 คน โดยใช้แบบประเมินผลลัพท์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ เก็บข้อมูลโดยการเยี่ยมติดตามที่บ้าน จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2.2 เก็บข้อมูลจากทีมผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายในชุมชนของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมั่น ตำบลพิชัย จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ และแบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ เก็บข้อมูลโดยการสอบถามครั้งเดียวหลังสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีการของโปปและเมย์ (Pope & Mays, 2002 อ้างถึงใน วัชรินทร์ อินทพรหม, 2562, p. 320-321)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพท์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยใช้สถิติ Wilcoxon-signed rank test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

4. ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่ 85/2564 เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564 และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง พัฒนามาจาก 6 องค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาและความต้องการของชุมชน นำมาบูรณาการ สร้างความเชื่อมโยง และกำหนดข้อความที่เป็นตัวแทนในการอธิบายแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ 1) เชื่อมระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายตั้งแต่โรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัวของผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เสริมความรู้ที่ทันสมัย โดยให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายอย่างครอบคลุมและทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 4) ศูนย์อุปกรณ์เข้าถึงง่าย จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายในชุมชนที่เข้าถึงง่าย 5) ดูแลด้านจิตวิญญาณและจิตใจ โดยใช้พิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) ยั่งยืนได้ด้วยศูนย์เรียนรู้ จัดศูนย์เรียนรู้ในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคมะเร็งและสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดภัยจังหวัดลำปาง

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดภัยจังหวัดลำปาง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อายุเฉลี่ย 59.83 ปี (SD 8.93) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและทำงานบ้านเท่ากัน คือ ร้อยละ 33.33 รายได้ของครอบครัวเพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-2 ปี และ 3-4 ปี เท่ากัน คือ ร้อยละ 33.30 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เป็นบิดา-มารดา และสามี-ภรรยา ร้อยละ 50 และผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน คือ ผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 83.30

2.1.2 ข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ให้บริการ จำนวน 5 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 34 ปี (SD 7.14) ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ปี ร้อยละ 40 และเคยผ่านการอบรมมาแล้ว ร้อยละ 80 และทุกคนมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ของการดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกัน โดยผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.207, p = .027$) (ตารางที่ 1) แสดงถึงภาพรวมผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาและความ

ต้องการของผู้ดูแล พบว่า ด้านการจัดการอาการปวด ($Z = -2.121, p = .034$) การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($Z = -2.121, p = .034$) การได้ระบายความรู้สึก ($Z = -2.449, p = .014$) และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า ($Z = -2.236, p = .025$) หลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ($n = 6$)

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ	\bar{X}	S.D.	Z	p-value
POS ก่อนการใช้รูปแบบ	9.50	4.04	-2.207	0.027*
POS หลังการใช้รูปแบบ	3.67	2.58		

* $p < 0.05$ Z = Wilcoxon-signed rank test

ตารางที่ 2 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ($n = 6$)

ปัญหาและความต้องการ	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การจัดการอาการปวด	1.83	0.75	0.83	0.41	-2.121	0.034*
การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1.50	0.55	0.50	0.55	-2.121	0.034*
การได้ระบายความรู้สึก	1.33	0.52	0.33	0.52	-2.449	0.014*
ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า	1.17	0.75	0.00	0.52	-2.236	0.025*

หมายเหตุ ตารางแสดงเฉพาะปัญหาและความต้องการที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น

* $p < 0.05$ Z = Wilcoxon-signed rank test

2.3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.201, p = .028$) เมื่อพิจารณารายละเอียดของความพึงพอใจ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านวิธีการอธิบาย การได้ปรึกษา ความใส่ใจของทีมการดูแลและของแพทย์ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ให้ต่อผู้ป่วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะท้าย (n = 6)

ข้อความ	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ			Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
วิธีการอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและผลของการดูแลรักษาของทีม	4.33	0.52	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด	-2.000	0.046*
ได้ปรึกษากับทีม เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และแผนการดูแลผู้ป่วย	4.00	0.00	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด	-2.449	0.014*
ความใส่ใจของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่ออาการของผู้ป่วย	4.17	0.41	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด	-2.236	0.025*
ความใส่ใจของแพทย์ต่ออาการต่างๆของผู้ป่วย	4.17	0.41	มาก	4.83	0.40	มากที่สุด	-2.000	0.046*
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วย	4.00	0.00	มาก	4.83	0.40	มากที่สุด	-2.236	0.025*
การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึก ที่ให้ต่อผู้ป่วยโดยทีมฯ	4.33	0.51	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด	-2.000	0.046*
ภาพรวม	4.28	0.32	มาก	4.82	0.12	มากที่สุด	-2.201	0.028*

หมายเหตุ ตารางแสดงเฉพาะข้อความที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น

*p < 0.05 Z = Wilcoxon-signed rank test

2.4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.692, p = 0.021) โดยเฉพาะแนวทางการดูแลด้านจิตสังคม (Z = -2.070, p = .038) และระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (Z = -2.070, p = .038) ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย (n=5)

ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ			Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ความพึงพอใจในระบบการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย	3.6	0.54	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด	-2.070	0.038*
ความพึงพอใจในแนวทางการดูแลด้านจิตสังคม	3.6	0.54	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด	-2.070	0.038*
ภาพรวม	3.62	0.63	มาก	4.83	0.10	มากที่สุด	-3.692	0.021*

หมายเหตุ ตารางแสดงเฉพาะข้อความที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น

*p < 0.05 Z = Wilcoxon-signed rank test

2.5 ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (ภาพรวม $\bar{x} = 3.47$, SD = 0.59 ด้านการดำเนินงานตามรูปแบบ $\bar{x} = 3.45$, SD = 0.60 และด้านการให้การปรึกษาและการประสานงาน $\bar{x} = 3.60$, SD = 0.51) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ (n=5)

ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการดำเนินงานตามรูปแบบ	3.46	0.61	มากที่สุด
ด้านการให้การปรึกษาและการประสานงาน	3.60	0.52	มากที่สุด
ภาพรวม	3.48	0.59	มากที่สุด

การอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ผู้ดูแล ทีมผู้ให้บริการ ความต้องการของเครือข่ายชุมชน และการมีส่วนร่วมระหว่างทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายชุมชน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสอดคล้องกับบริบทของชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดมะเร็ง และแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ผลการวิเคราะห์พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1.1 เชื่อมระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยการบูรณาการการมีส่วนร่วมระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2002) ผลการศึกษาทำให้เกิดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง (Quality procedure) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางที่ใช้เป็นแนวทางการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน และจากชุมชนมาโรงพยาบาล มีระบบการเชื่อมบ้านแบบวิถีใหม่ (New normal) โดยใช้ Line, VDO Call และ Telemedicine ปรับระบบการรายงานผลการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครโดยใช้ QR code เนื่องจากสะดวก ทันสมัยและรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีระบบการส่งต่อโดยใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ และมีกระบวนการจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ สถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทำให้เกิดรูปแบบการตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 เสริมความรู้ที่ทันสมัย ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ผู้ดูแล รวมถึงเครือข่ายชุมชน จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ให้ทันสมัย มีทัศนคติและทักษะในการดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา จันทะนุย, พัชรมาศ คุณวงศ์, และ ผดุงศิษฏ์ ชำนาญปริกษ (2560) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบล ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาทำให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีโครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายและ ทีมสหวิชาชีพ เมื่อมีการติดตามประเมินผล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจกระบวนการในการดูแล ผู้ป่วย มีภาคีเครือข่ายในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3 ใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเริ่มจากการดูแล ในโรงพยาบาลเชื่อมต่อถึงชุมชน เริ่มต้นจากการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย เช่น การสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลมะเร็ง ลำปาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครแกนนำชุมชน นอกจากนี้ยังมีผู้นำทางศาสนา สนับสนุนให้วัดเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ บริจาคสิ่งของที่จำเป็นมอบให้อาสาสมัครเพื่อเป็น ชุดเยี่ยมบ้าน และร่วมออกเยี่ยมบ้านกับทีมแกนนำชุมชนเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ นอกจากนี้ยังมีระบบให้ คำปรึกษาและเพิ่มช่องทางในการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลจากทีม ประคับประคอง ได้รับการจัดการอาการปวด การเตรียมความพร้อม และได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่ บ้านทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยบูรณาการในการดูแลร่วมกัน ได้แก่ หน่วยงานราชการ ชุมชน และวัด ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพร สกุลพงษ์, วิริยา โพธิ์ขาง-ยุสท์, และเบญจวรรณ งามวงศ์วัฒน์ (2560) ที่ได้พัฒนา “บ้านปันรัก โมเดล” ที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ การมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ ชุมชน ทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมมือกัน พบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้ ดูแลตนเองเพื่อการอยู่ร่วมกับ โรคมะเร็งได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมพร้อมเพื่อการตายดี

1.4 ศูนย์อุปกรณ์เข้าถึงง่าย มีศูนย์อุปกรณ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและระยะท้ายในชุมชน ที่เข้าถึงง่าย ผลการศึกษา ทำให้เกิดการจัดตั้งศูนย์เก็บอุปกรณ์ของ ชุมชนต้นแบบ โดยการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเทศบาลเมืองพิชัยร่วมกับ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อ หมุนเวียนใช้กับผู้ป่วยในชุมชนต้นแบบ และมีการบริหารจัดการ โดยผู้นำชุมชน นอกจากนี้ยังมีระบบส่งต่อ และแลกเปลี่ยนอุปกรณ์ระหว่าง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ใช้ที่บ้านอย่างเพียงพอ

1.5 ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยต้องการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่ต้องการ ให้ยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย เลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการการสนับสนุนด้านความเชื่อ ศาสนา เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ เครือข่ายชุมชนต้นแบบมีความเห็นว่า ควรเพิ่มการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยใช้

พิธีกรรมของชาวล้านนา ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของทางภาคเหนือ และมีความเหมาะสม ตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยนำพิธีกรรมของชาวเหนือ เช่น การผูกค้ายมดข้อมือ และให้ศีลให้พร สันทนาการเพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย หรือใกล้เสียชีวิต ใช้พิธีสูมา แก้วทั้ง 3 และพิธีอัญเชิญ หรือสะเดาะเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระศกคิรัช สิวโร (แสงธง) (2562) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามแนว พระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่ ผลการศึกษาได้รูปแบบและกระบวนการดูแลแบบ องค์กรร่วม ใน 4 มิติ ร่วมกับการดูแลรักษาตามหลักการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบรรเทา และ มีสภาวะ อารมณ์ดีขึ้น และผู้ป่วยเสียชีวิตไปด้วยอาการสงบ

1.6 ยั่งยืนได้ด้วยศูนย์เรียนรู้ พบว่า เครือข่ายชุมชนต้นแบบ เห็นชอบในการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ โรคมะเร็งในชุมชน เพื่อเป็นสถานที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ข่าวสาร โรคมะเร็ง วางแผนกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็ง ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองและระยะท้ายที่บ้าน เกิดบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ โรคมะเร็ง เครือข่ายชุมชนต้นแบบระหว่างเทศบาลเมืองพิชัยกับโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เกิดความร่วมมือ ในการดูแลสุขภาพและ โรคมะเร็งร่วมกันที่ยั่งยืนและพัฒนาชุมชนเข้มแข็งต่อไป

ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้

1. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า ภายหลังจากใช้ รูปแบบภาพรวมผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการดูแลและการจัดการอาการปวด การจัดการความ วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้ระบายความรู้สึกและความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า และ ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลเนื่องจากการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพและเครือข่ายชุมชนของ ตนเอง เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการให้การดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ สิมลิ, นภัสวรรณ ฐริพันธ์กัญญา, มะลิวรรณ อังคณิษฐ์, และอารียา สอนบุญ (2563) ที่ศึกษารูปแบบการจัดการเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ ภูมพิร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการดูแลในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น มีการใช้ Opioid จัดการอาการปวด และบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีเครียดและความกังวลใจลดลง ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและ ระยะท้าย พบว่า ภาพรวมผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด โดยได้ปรึกษากับทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วยและแผนการดูแลผู้ป่วย ความใส่ใจของทีมการดูแลต่ออาการของผู้ป่วย และครอบครัวมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ สิมลิ และ คณะ (2563) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดต่อการใช้รูปแบบการจัด เครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ภูมพิร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย พบว่า ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะการใช้แนวทางการดูแลด้านจิตสังคม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย เนื่องจากการดูแลด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีการปรับปรุงแนวทางการช่วยเหลือ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับทีมสุขภาพและมีบทบาทในการประสานงานเครือข่ายชุมชนในการช่วยเหลือ รวมทั้งภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่มีความเข้มแข็งให้ความร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, และพิเชฐ บัญญัติ (2560) ที่ศึกษารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ซึ่งพบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติ ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การจัดการดูแลแบบองค์รวม เน้นการดูแลด้านจิตสังคม เชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้ รูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลวังเจ้าได้

4. ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบ การให้การปรึกษา และการประสานงาน อยู่ในระดับมากที่สุด และภาพรวมเห็นด้วยในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของบรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ (2560) ที่พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้เกิดรูปแบบการตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ และผลการประเมินความพึงพอใจของญาติและทีมสหสาขาต่อระบบการดูแลแบบใหม่อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ต้องใช้ระยะเวลาในการนำรูปแบบ ไปใช้ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยช่วงระยะเวลาในการศึกษามีข้อจำกัดในการออกดำเนินงานในพื้นที่ เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งอาจส่งผลให้การวางแผนการดำเนินการศึกษาไม่เป็นไปตามแผน อีกทั้งมีการประเมินผลเพียงครั้งเดียว จึงควรมีการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายและศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว รวมทั้งนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และร่วมกันวางแผนปรับปรุง แก้ไข ประเมินผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยชุมชนมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนภาคเหนือต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลพร สกกุลพงศ์, วิริยา โพธิ์ขาง-ยุสท์, และ เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษาบ้านปิ่นรัก สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 2, 90-103.
- กรมการแพทย์. (2562). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา จันทะนุย, พัชรมาศ คุณวงศ์, และผดุงศิษย์ ชำนาญบริรักษ์. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 10(2), 292-298.
- จิตติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, และ พิเชฐ บุญญ์ดี. (2560). รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. *สัปดาห์วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, 23(1), 154-167.
- คลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, บุรินทร์ วงศ์แก้ว, ศิริินยา แสงคำ, มนัญจินันท์ ประดิษฐ์คำย, และ รวีตรา มีมาก. (2563). *แนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2560-2563: ผลของการพัฒนาเครือข่ายทะเบียนมะเร็งระดับประชากร*. ลำปาง: สำนักพิมพ์งานดี.
- บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทร์ชม, จรูญศรี มีหนองหว้า, และฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา. (2560). การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 905-913.
- พระศักดิ์ชัย สัวโร (แสงธง). (2562). รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 19(2), 175-188.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. เชียงใหม่: บริษัทเวียงการพิมพ์.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2559). *Suandok's Palliative care model*. สืบค้น 7 ตุลาคม 2564, จาก https://ppi.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf
- วัชรินทร์ อินทพรหม. (2562). การวิเคราะห์และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*, 10(2), 314-333.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563*.



- สืบค้น 7 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.nationalhealth.or.th/index.php/th/node/3266>.
- อนงค์ สิมลี, นกัศวรณ ภูริพันธ์ภิญโญ, มะลิวรรณ อังคณิตย์, และอารียา สอนบุญ. (2563). รูปแบบการจัด
เครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพิริ์ คำทอน โรงพยาบาล
ร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(4), 112-121.
- Freddie, B., Jacques, F., Isabelle, S., Rebecca, L.S., Lindsey, A. T., & Ahmedin, J. (2018). GLOBOCAN
Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal
for Clinicians*, 68(6), 394-424.
- World Health Organization. (2002). *Definition of palliative care*. Retrieved Apr 4, 2019, from
[https:// www. who.int/cancer/palliative/definition/en/](https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).