ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่

The effectiveness of a nursing program in terminal ill patients, Wangchin Hospital, Phrae Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

วิภาวรรณ ปวงขจร [1] อมรพันธุ์ สมร [2] หัสยาพร อินทยศ [3]
Wiphawan Puangkhachon [1] Amornpan Samorn [2] Hutsayaporn Intayos [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อการเตรียมการตายอย่างสงบในผู้ป่วยระยะท้าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะท้าย 2) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย Palliative Performance Scale 4) แบบประเมินความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน Edmonton Symptom Assessment System 5) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.75-0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย 1) ค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย โดย Palliative Performance Scale เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการรวบกวน โดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System: ESAS ทั้งหมด 10 อาการ มีความรุนแรงของอาการรบกวน น้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ 4) ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจระดับมาก

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล, ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a nursing intervention program on peaceful death preparedness among terminally ill patients. Thirty people were selected as a purposive sample. The instruments for experimenting were the nursing program for the terminally ill patients created by the researcher. The data collecting tools were 1) a demographic questionnaire for terminal ill patients form. 2) a questionnaire for assessing peaceful death. 3) The Palliative Performance Scale from. 2) The Edmonton Symptom Assessment System.5) a satisfaction evaluation from terminal ill patients family. The reliability index was 0.75-0.95. The data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Rank Test.

The results indicated that after intervention: 1) the mean scores of peaceful death perception were significantly higher after the intervention ($p < 0.05$); 2) the mean scores of functional ability, as measured by the Palliative Performance Scale, showed a statistically significant improvement ($p < 0.05$); 3) the mean scores of symptom severity, as measured by the ESAS across 10 symptoms, were significantly lower than those before the nursing intervention program ($p < 0.05$); and 4) the degree of family satisfaction with end-of-life care was reported to be high. The findings suggest that the nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่
[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่
[3] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

intervention program is effective in enhancing functional capacity, promoting a peaceful death perception, improving symptom management, and promoting family satisfaction as it involves the care of patients who are close to death.

Keywords: Nursing program, Terminal ill patients

บทนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตได้นานขึ้น และเมื่อการดำเนินโรคมาสู่ระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายหลายโรคต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความกลัว ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน สวัสดิการ การจ้างงาน และยังต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค และการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม[1] ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสภาวะของของโรคอยู่ในระยะ ลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวิธีรักษาให้หายได้หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับวิธีการรักษาทุกอย่างที่มีอยู่ในขณะนั้นในการรักษาให้หายแต่ไม่เป็นผล ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อย ซึ่งวิธีการที่ช่วยบรรเทาและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายคือ การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[2] คณะอนุกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองกำหนดแผนการดำเนินการตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก โดยให้การดูแล 6 ด้าน คือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแล คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[3] จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นให้การลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ให้การรักษาเท่าที่จำเป็น ไม่เหนี่ยวรั้งหรือเร่งรัดความตายจนเกินกว่าเหตุให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ โดยให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิด/ครอบครัว ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยได้มีช่วงเวลาในชีวิตที่สงบ

การตายสงบ (peaceful death) หรือการตายดี (good death) เป็นการดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคา แสดงเจตนารมณ์ของตนเองได้ว่า ต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ ศรีความเป็นมนุษย์[4] วิธีการหนึ่งที่นิยมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายเกิดการตายดี คือ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์ และมอร์[5] ซึ่งพัฒนาจากมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการทบทวนเอกสารและจากความรู้ส่วนบุคคล ร่วมกับ

ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก วิเคราะห์องค์ประกอบทำให้เกิดโครงสร้าง กระบวนการ และผลของการดูแล นำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีที่พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) โดยมีจุดเน้นที่ทำให้ชีวิตสงบและอยู่อย่างมีความหมายในเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ สำหรับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงเวลาที่ใกล้ตายเพียงอย่างเดียว ซึ่งหลายงานวิจัยได้นำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายและมีผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นโดยเฉพาะด้านการดูแลและการจัดการอาการปวด การจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย[6] การได้ระบายความรู้สึก และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า ผู้ป่วยและญาติมีมีความมั่นใจในการดูแลเนื่องจากมีการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพและเครือข่ายชุมชนของตนเอง เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการให้การดูแลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ในระดับมาก[7]

สถิติผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565- 2567 มีจำนวน 47 69 และ 71 ราย ตามลำดับ[8] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบันมีรูปแบบการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ สำหรับด้านการพยาบาลมีแนวทางการให้พยาบาลปฏิบัติ จากการทบทวนผลการปฏิบัติที่ผ่านมาพบปัญหาด้านการพยาบาล คือ การประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมตามปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์ และ มอร์[5] และในพื้นที่ของอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ยังไม่มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพที่จะส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาครอบคลุมทั้งปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งได้รับการดูแลความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของ รูแลนด์และมอร์[5] สร้างเป็นโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่คลอบคลุม มีความสงบ และมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อการเตรียมการตายอย่างสงบในผู้ป่วยระยะท้าย

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาได้มาจากการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลวังชิ้น ในเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน 2568 และผู้ดูแล โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G * Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบและค่าอิทธิพลจากตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัย ของพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว[9]โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย

ของกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10^{10} ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และญาติผู้ดูแลจำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย 3) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) มีอาการของโรคที่ทรุดหนักลุกลาม จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลได้ครบทุกขั้นตอน 3) เสียชีวิตในระหว่างทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้สร้างแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ ในการรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ได้จากการทบทวนวรรณกรรมตามบริบทของประเทศไทย ซึ่งหัวข้อในแบบประเมินจะครอบคลุมการรับรู้การตายสงบทั้ง 5 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านสถานที่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด กระทั่งถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบโดยรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบอยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับมาก

2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับน้อย

1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative care Performance Scale for Adult Suandok ;PPS-Adult Suandok)[11] มีการให้ค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0-100

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆที่มี ณ เวลาที่ประเมิน ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่ 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการวิตกกังวล 6) อาการง่วงซึม 7) อาการเบื่ออาหาร 8) ความไม่สบายกายใจ 9) อาการเหนื่อยหอบ 10) ปัญหาอื่นๆ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก กระทั่งถึง 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของ

ครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มีความพึงพอใจมาก

3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มีความพึงพอใจ

2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ รู้สึกเฉย ๆ

1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ไม่มีความพึงพอใจ

1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ไม่มีความพึงพอใจมาก

ขั้นตอนการศึกษา การวิจัยนี้ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยระยะท้าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และระเบียบวิธีวิจัย จัดทำเค้าโครงวิจัย และขอเลขอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. ดำเนินการ “โปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่” จำนวน 8 ครั้ง ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทำแบบสอบถามและนำผลมาประเมินเพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เฉพาะกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือพร่องไปมากที่สุด ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน มอบ “คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้การดูแล” และจัดกิจกรรมการดูแลตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบ ประกอบด้วย 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) การดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) การดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) การดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ติดตามประเมินผลการให้การพยาบาล และจัดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ครอบคลุมองค์ 5 องค์ประกอบ ตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบที่ได้อธิบายไว้ในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 4-5 (สัปดาห์ที่ 4-5) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร พยาบาลจิตเวช และแพทย์แผนไทย รวมทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่นพระภิกษุสงฆ์ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน ทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ครั้งที่ 6-7 (สัปดาห์ที่ 6-7) ผู้วิจัยติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบ Line Application และให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ หลังการทดลอง ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) ทำแบบสอบถามอีกครั้ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลและสรุปผลและจัดทำรายงาน พร้อมข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวบข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเตรียมรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย 2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ กับผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน

วิจัย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจ เต็มใจประเมินการรับรู้การตายสงบ, PPS, ESAS และนัดหมายวันเวลาเยี่ยมที่เหมาะสมครั้งต่อไป และนำข้อมูลการประเมินมาคัดกรองเบื้องต้น เพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เฉพาะกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือพร่องไปมากที่สุด 3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล และจัดกิจกรรมการดูแล ตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบ (1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด โดยการใช้ยาควบคู่ไปกับการไม่ใช้ยาตามความเหมาะสม (2) การดูแลให้มีประสบการณ์ของความสุขสบาย เช่นอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย หายใจไม่สะดวก อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ ท้องผูก เป็นต้น โดยจัดการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (3) การดูแลให้สมศักดิ์ศรีการเป็นมนุษย์ และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่วางไว้ โดยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเลือกวิธีหรือแผนการรักษาด้วยตนเอง สอบถามถึงสิ่งที่คั่งค้างในใจ และความปรารถนาในวาระสุดท้าย โดยให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยในการจัดการและทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (4) การอยู่ในความสงบ โดยดูแลพูดคุยและสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะพัฒนาทำให้เกิดเป็นความไว้วางใจ หรือความศรัทธาให้เกิดขึ้นเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ร่วมกับประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในการดูแล ประเมินอารมณ์ ทั้งภาวะเศร้าใจ วิตกกังวล หดหู่ เพื่อจัดการอารมณ์เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ตามความเชื่อความศรัทธา เช่นการทำสมาธิ สวดมนต์ แผ่เมตตา และดูแลการใช้ยาลดความวิตกกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์ (5) การดูแลให้อยู่ในความสงบมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและเตรียมบุคคลที่รักและผูกพันธ์เมื่อใกล้เสียชีวิต โดยสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ดูแลได้อยู่กับผู้ป่วย เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ปลอบประโลม สัมผัส เคียงข้างผู้ป่วย 4) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช และแพทย์แผนไทย รวมทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่นพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 5) ติดตามเยี่ยมทาง Line Application หรือ โทรศัพท์ ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมายและสอบถามปัญหาและให้การดูแลตามแนวทางข้อที่ 3 6) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้การตายสงบ, PPS, ESAS และประเมินความพึงพอใจ รวมถึงกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลที่เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาล และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระท้าย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 15 คน ในพื้นที่ของโรงพยาบาลสูงเม่น วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหา Alpha Coefficient ของแบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (ESAS) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 0.75 0.82 0.95 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย (PPS) และอาการในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน (ESAS) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เอกสารรับรองโครงการ เลขที่ PPH No. 011/2568 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยระยะท้าย 30 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 33.3 รองลงมา ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.00 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.68 มีรายได้ต่อเดือน 1000 - 3000 บาท ร้อยละ 66.66 ด้านสิทธิการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.34 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 46.66 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.33 ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด รองลงมาคือผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 16.67

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n=30)

ตัวแปร	Mean (SD)	Median (Iqr)	z	Sum of Ranks	p-value (1-tailed)
การรับรู้การตายสงบก่อนการทดลอง	69.77 (9.54)	71 (10.75)	-4.785	465.00	0.000*
การรับรู้การตายสงบหลังการทดลอง	90.00 (8.50)	89.50 (10.75)			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Iqr = Interquartile range, * = $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้การตายสงบก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 69.77 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 71 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 10.75 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 90 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 89.50 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 10.75 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้การตายสงบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย Palliative Performance Scale: PPS ก่อนและหลังทดลอง

ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ PPS ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n=30)

ตัวแปร	Mean (SD)	Median (Iqr)	z	Sum of Ranks	p-value (1-tailed)
PPS ก่อนการทดลอง	48.00 (11.861)	50.00 (20.00)	-3.879	153.00	0.00*
PPS หลังการทดลอง	54.67 (13.830)	50 (20.00)			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Iqraa = Interquartile range, * = p < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ค่า PPS ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 48 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 20 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 54.67 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 50 ค่าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 20 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าหลังการทดลองมี PPS มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน ESAS ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบ ESAS ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n=30)

ตัวแปร	Mean (SD)	Median (Iqr)	z	Sum of Ranks	p-value (1-tailed)
ESAS ก่อนการทดลอง	6.97 (2.200)	8.00 (4)	-4.784	465.00	0.00*
ESAS หลังการทดลอง	3.43 (2.269)	4 (4)			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Iqr = Interquartile range, * = p < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ค่า ESAS ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 6.97 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 4 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 3.43 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ค่าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 4 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าหลังการทดลองมี ESAS น้อยว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลระยะท้ายมีความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26

สรุปและอภิปรายผล

ด้านการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) พบว่าการรับรู้การตายสงบของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ[13]วราภรณ์ อ่อนอนงค์ (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลระยะ

ท้ายของชีวิตที่สงบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย โดยใช้ PPS ของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด และพบว่าในการศึกษาของ[14] อัคนีวุธ วงค์ชมภู (2567) ที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก พบว่าจากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) ลดลง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 แสดงว่าความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยลดลง แต่ผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง (POS) มีค่าคะแนนต่ำลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา หรือความต้องการ คะแนน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ลดลง แสดงว่าผู้ป่วยมีความ ทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ทั้งอาการปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ 9Q, 8Q ลดลง ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย

ด้านอาการรบกวน พบว่าระดับความรุนแรง โดยใช้ ESAS ของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ [11]อังคณา บำรุงหมู่ และ ละเอียด ทำเพียร (2564) ที่พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล มีผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า มีความพึงพอใจระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ[12]กฤษณา นิลบดี (2565) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 81.00)

ผลจากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย ตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของรูแลนด์ และมอร์[5] (Ruland & Moore, 1998) ซึ่งครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลอยู่ในความสงบ และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ทำให้อาการรบกวนที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะท้ายลดลงได้ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า และปัญหาอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อ ผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการรบกวนต่าง ๆ ลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การตายสงบมากขึ้นอีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดี ไม่ทุกข์ทรมาน ได้อยู่ใกล้ชิดบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง จนถึงระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงใกล้เสียชีวิต และขณะเสียชีวิต และภายหลังการเสียชีวิต ซึ่งอาจจะประเมินในผู้ดูแล ครอบครัว และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติและทุกระยะของชีวิต

2. หากเป็นการศึกษาเชิงทดลองในลักษณะเดียวกัน ควรมีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อที่จะได้เปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการแบบ Palliative Care. ใน: กิติพล นาควิโรจน์, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2559. หน้า 3-7.

2.ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2561;13(1):25-36.

3.กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูถัมภ์; 2563.

4.สายสิริ อิสรชาญวาณิชย์. ตายดี เตรียมได้ การวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต; 2559.

5.Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 1998;46(4):169-75.

6.กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):51-66.

7.กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, รัตนาภรณ์ รักชาติ. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา. วารสารกองการพยาบาล. 2564;48(2).

8.โรงพยาบาลวังชิ้น. สถิติผู้ป่วยดูแลประคับประคอง อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. แพร่: โรงพยาบาลวังชิ้น; 2568.

9.พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

10.Burns N, Grove S. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

11.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palialive/?Page_id=19

12.วราภรณ์ อ่อนอนงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

13.อัคนีวุธ วงค์ชมภู. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2567;2(2).

14.อังคณา บำรุงหมู่, ละเอียด ทำเพียร. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแล. โรงพยาบาลน่าน. 2564.

15.กฤษณา นิลบดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. 2565.