การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

Development of a Service Model for Caring in End of Life of Dependence Elderly Patients on Home-Based Palliative Care in Nakhon Phanom Province.

(Received: June 22,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ประดับดาว ไพศาลสิงห์[1] พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์[2]
Pradabdao Paisalsingh[1] Phisit Serithammapitak[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุฯ และ 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่ฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุฯ จำนวน 218 คน และญาติผู้สูงอายุฯ จำนวน 218 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพและผู้ดูแล 3) แบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และญาติ และการ วิเคราะห์ข้อมูล โดย Content Analysis ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่า หลังการพัฒนา (1) มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ และผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและญาติสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้าย, การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน, การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบประคับประคองที่บ้าน

Abstract

This study aimed to : 1) To study the problems and needs regarding the service model for home-based palliative care for terminally dependent elderly people; 2) To develop a service model for home-based palliative care for terminally dependent elderly people; and 3) To study the effects of developing the service model for home-based palliative care for terminally dependent elderly people. This research was an action research study. The sample group consists of The study involved 218 elderly individuals and 218 relatives of elderly individuals. Data collection tools included: 1) a general information questionnaire, 2) an assessment of the ability of the healthcare team and caregivers to provide palliative care to terminally dependent elderly individuals at home, and 3) an assessment of satisfaction with the palliative care services provided to terminally dependent elderly individuals at home by the healthcare team, caregivers, and relatives. Data were analyzed using content analysis, including mean, percentage, and standard deviation, and pre- and post-test comparisons were conducted using a paired t-test. The statistical significance level was set at 0.05.

[1] พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
[2] พย.ม.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Results of the study : It was found that after development (1) the average ability of the health team and caregivers to care for terminally dependent elderly with palliative care at home was significantly higher than before development. (2) the average satisfaction with the service model for palliative care for terminally dependent elderly at home was significantly higher than before development. Caregiver and family members showed statistically significant improvement after the intervention.

Keywords : Dependent elderly, End-of-life dependent elderly, Care for dependent elderly, Home palliative care, Home palliative care for dependent elderly.

บทนำ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] โดยอุบัติการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบว่าประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิต ประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าเป็นยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอด อุดกลั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59 โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.70 และโรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปี ร้อยละ 25.56 เมื่อแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 และผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93[2] ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามาก ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตได้มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้นและถูกนำมาใช้ในการยื้อความตายเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากทนไหวไปจนถึงระดับรุนแรง[3] และความทุกข์ทรมาน สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) ที่มีการดำเนินหรือการลุกลามของโรคมากขึ้นเรื่อยๆ (active, progressive disease) เมื่อการดำเนินโรคมาสู่ระยะสุดท้ายจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ จะทรุดลงจนกระทั่งไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด (life-threatening disease) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ในขณะที่ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า ความกลัว และปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน สวัสดิการ การจ้างงาน[4] และยังต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรคและการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้[5] การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม โดยให้การรักษาตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[6] มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยให้ความสำคัญกับการประเมินสภาพ การลดความทรมานจากความเจ็บปวด การจัดการอาการและจัดการปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ[7] อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังคงเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร การดูแลแบบประคับประคองนี้จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมและจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล/แผนการดูแลทั้งระหว่างหน่วยงานและบุคคล เพื่อทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมา[8] จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[6] ดังนั้นการจัดรูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงและเข้าสู่วาระสุดท้ายอย่างได้สงบซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จากรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ (Focal points) ที่สำคัญด้านสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ปี 2568 พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคองเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ พบว่าสัดส่วนประชากรก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยพบจำนวนประชากรผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 121,791 คน, 119,485 คน และ 128,587 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67, 17.03 และ 18.19 ตามลำดับ และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า เป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ปกติ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 87.15, 74.20 และ 76.58 ตามลำดับ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 3.77, 2.61 และ 2.22 ตามลำดับ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.44, 0.14 และ 0.31 ตามลำดับ จากสถิติการสำรวจผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2566-2568 มีจำนวน 1,919, 3,060 และ 3,426 คนตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้านช่วงวัยพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 72.89, 78.98 และ 72.89 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวน 1,919, 3,060 และ 3,426 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 72.28, 77.06 และ 72.89 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2566-30 ก.ย. 2568) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคองเป็นปัญหาในพื้นที่และควรเร่งดำเนินการในการดูแลให้ครอบคลุมตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นจังหวัดนครพนมยังเป็นพื้นที่ที่มีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ จากการวิเคราะห์พบว่า ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แบบประคับประคองที่ชัดเจน ขาดการขับเคลื่อนงานในการดูแลที่เป็นรูปธรรม ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร การขาดความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ขาดแคลนเครือข่ายผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลที่

เพียงพอครอบคลุม ความไม่เพียงพอของระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน และมุ่งเน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ อีกทั้งยังสามารถปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและองค์กรในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน เพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบหรือระบบการดูแลส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) งานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนมนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Observing) และ 4) ขั้นประเมินผล (Reflecting) กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ทีมสุขภาพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน และ 4) ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569

กลุ่มตัวอย่าง

ทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และแพทย์แผนไทย จำนวน 42 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม 2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพย้ายหน่วยงานขณะทำการศึกษาวิจัย หรืออยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการฯ ที่มีค่าคะแนน ADL 0 – 4 คะแนน 2) มีระดับคะแนน Palliative performance scale: PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 4) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม 5) ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม 6) ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ admitted ในหน่วยบริการทางสาธารณสุข 2) ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงที่ผิดปกติจากโรคที่เป็นอยู่ขณะดำเนินการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย 3) ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลปฏิเสธการรักษาในระบบบริการฯ ในเขตจังหวัดนครพนม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม โดยผู้ป่วย 1 คนต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม และ 2) มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ย้ายไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม

ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569 โดยผู้ป่วย 1 คนต่อญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน 1 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. การดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา : ระยะนี้เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย (1) การรวบรวมข้อมูลสถิติ/การวิเคราะห์สถิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) การทบทวนรูปแบบบริการเดิม การวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหา (3) ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงรูปแบบบริการ (4) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา และ (5) จัดทำแผนพัฒนารูปแบบบริการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ : ระยะนี้เป็นการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม และพัฒนาแนวปฏิบัติที่ใช้ในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม รวมทั้งการประเมินผลของการศึกษาวิจัย โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) เป็นขั้นตอนการนำแผนที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ และควบคุมให้เกิดการปฏิบัติได้จริงตามที่ระบุไว้ในแผน ซึ่งผู้วิจัยจะต้องดำเนินการตามกระบวนการปฏิบัติตามแผนและรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) กระบวนการตรวจสอบ กำกับติดตามและศึกษาวิเคราะห์รูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม โดยการสังเกตและประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบฯ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหานำสู่การพัฒนาระบบฯ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) เป็นขั้นตอนการนำ “ต้นแบบ” หรือแนวทางภายหลังการปรับปรุงแก้ไขระบบฯ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนด และสรุปผลการศึกษาต่อไป

4. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม และคู่มือการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 นำเครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพและผู้ดูแลเท่ากับ 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ, แบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ, ผู้ดูแล และญาติ เท่ากับ 0.78, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดย (1) ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) จากการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ (2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

3) ระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 131/68 วันที่ 19 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.48 มีอายุในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 38.10 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.34 ด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือเป็นผู้ที่รับผิดชอบงาน Palliative care ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 42.86

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 44.51 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.02 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40.85 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.39 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ในช่วง น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 43.90 โดยมีสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 94.51 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.44 ด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 70.12

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.15 มีอายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 73 ปี อายุเฉลี่ย 64.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.14 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.13 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90..37 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 44.04 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.35 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,500-4,000 บาท ร้อยละ 40.04 มีสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 86.70 โดยทั้งหมดมีประวัติมีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ด้านระยะเวลาที่ท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 9 ปี เฉลี่ย 4.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.68 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร ญาติ ผู้ดูแลในช่วงที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ร้อยละ 90.37 และโดยส่วนใหญ่เคยได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 74.31

สภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านระบบบริการ ยังขาดแนวทาง (Clinical Pathway) มาตรฐาน ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เชื่อมต่อกัน เข้าถึงยาและอุปกรณ์ที่บ้านได้ยากโดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล และขาดกลไกติดตามคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ ความต้องการคือการพัฒนาแนวทางมาตรฐาน จัดทำระบบฐานข้อมูลบูรณาการ มีระบบสำรองยาใน รพ.สต. และพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ (2) ด้านทีมสุขภาพ บุคลากรขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน Palliative Care มีภาระงานสูง ขาดแพทย์เฉพาะทาง การสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพไม่บูรณาการ และขาดระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ ความต้องการคือการอบรมต่อเนื่อง จัดทีมสหวิชาชีพเฉพาะกิจ พัฒนาระบบ Tele-consult และจัดทำคู่มือ/SOP สำหรับทีมสุขภาพ (3) ด้านผู้สูงอายุ อาการปวดและทุกข์ทรมานยังควบคุมไม่เพียงพอ ขาดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจ ความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการฉุกเฉินที่บ้านได้ยาก ความต้องการคือจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ มีกระบวนการ ACP ที่เป็นระบบ ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ดูแลด้านจิตวิญญาณ และมีช่องทางติดต่อฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง (4) ด้านญาติผู้ดูแล ญาติมีภาระสูงจนเกิดภาวะหมดแรง (Caregiver Burnout) ขาดความรู้และทักษะการดูแล มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดการสนับสนุนจิตใจทั้งระหว่างดูแลและหลังสูญเสีย รวมถึงญาติที่ต้องทำงานไม่สามารถดูแลได้ต่อเนื่อง ความต้องการคือมีบริการ Respite Care สวัสดิการสนับสนุน กลุ่มให้คำปรึกษา และอาสาสมัคร/Care Manager ในชุมชน และ (5) ด้านภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ (อปท.) อปท. ขาดนโยบายและงบประมาณชัดเจน อสม. ขาดความรู้เฉพาะด้าน การบูรณาการระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นเอกภาพ ชุมชนขาดความตระหนัก และฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นไม่ครอบคลุม ความต้องการคือผลักดันให้ อปท. จัดสรรงบประมาณ พัฒนา อสม. เชี่ยวชาญ จัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการระดับอำเภอ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระดับตำบล

การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังนี้ (1) กิจกรรมที่ 1 การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายครอบคลุมในทุกมิติ (2) กิจกรรมที่ 2 การประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อนำไปจัดทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (3) กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) และทบทวนทุก 3–6 เดือน (4) กิจกรรมที่ 4 การจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ใน

การแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดการตาย (5) กิจกรรมที่ 5 การดูแลอาการไม่สุขสบายแบบประคับประคองที่บ้าน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกมิติ Care Manager (6) กิจกรรมที่ 6 การกำกับและติดตามการดูแล ตาม Care Plan อย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบคุณภาพการดูแลของ CG ปรับแผนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการ LTC (7) กิจกรรมที่ 7 การดูแลระยะสุดท้าย เมื่อเข้าสู่ระยะ Active Dying ในช่วง 24–72 ชั่วโมงสุดท้าย ตามความต้องการใน ACP และ Living Will และ (8) กิจกรรมที่ 8 การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Bereavement Care) ภายใน 24–48 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้านติดตามที่ระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และประเมินภาวะเศร้าโศกเพื่อส่งต่อนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

ผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า

1) ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.11, S.D.=0.63) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.31, S.D.=0.49) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ (n = 42 คน)

ความสามารถในการดูแล	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ทีมสุขภาพ	ปานกลาง	3.11	0.63	สูง	4.31	0.49	16.12	41	<0.001

* p<0.05

2) ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ =2.33, S.D.=0.72) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.50, S.D.=0.59) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล (n = 164 คน)

ความสามารถในการดูแล	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ผู้ดูแล	ต่ำ	2.33	0.72	สูง	3.50	0.59	25.09	136	<0.001

* p<0.05

3) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.12, S.D.=0.64) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.20, S.D.=0.51) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ (n = 42 คน)

ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	ปานกลาง	3.12	0.64	สูง	4.20	0.51	14.13	41	<0.001

* p<0.05

4) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.20, S.D.=0.72) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.22, S.D.=0.56) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล (n = 164 คน)

ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ	ก่อนพัฒนา (n=164)			หลังพัฒนา (n=164)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	ปานกลาง	3.20	0.72	สูง	4.22	0.56	20.06	163	<0.001

* p<0.05

5) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของญาติ ผลการศึกษา ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.30, S.D.=0.69) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.37, S.D.=0.51) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของญาติสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของญาติ (n = 218 คน)

ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ	ก่อนพัฒนา (n=218)			หลังพัฒนา (n=218)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ส่วนที่ 1 : ด้านลักษณะงาน	ปานกลาง	3.31	0.68	สูงมาก	4.43	0.50	24.72	217	<0.001

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า (1) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ และผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของลวงพิมาย และคณะ พบว่าการอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้าน Palliative Care อย่างเป็นระบบและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน ส่งผลให้ทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงสามารถประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] และการศึกษาของมนธิดา แสงเรืองเอก และคณะ พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบผ่านการประชุมครอบครัว (Family Meeting) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ชัดเจน การรับฟังความกังวลและความต้องการของครอบครัว และการแบ่งบทบาทหน้าที่การดูแลที่ชัดเจน มีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น ภาระการดูแลลดลง และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลโดยไม่มีเหตุฉุกเฉิน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (2) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและญาติสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] สอดคล้องกับการศึกษาของลวงพิมาย และคณะ พบว่าทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในรูปแบบการทำงานที่พัฒนาขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในพื้นที่ และระบบการสนับสนุนจากทีมผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบกรณีซับซ้อน[9] และการศึกษาของศิรินภา แสนเสนา และคณะ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดูแลแบบบูรณาการทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น[11] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี ทับทิมทอง, จิตติมา ดำรงวานิชกุล, และ ศิวาพร ศิวะโกเศศ พบว่า ญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับสูงมาก เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวตอบสนองความต้องการของญาติทั้งด้านข้อมูล การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนทางจิตใจอย่างครบถ้วนในทุกระยะของการดูแล[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้บริหาร ควรกำหนด Clinical Pathway และ SOP สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านให้เป็นมาตรฐานระดับจังหวัด

2. ควรจัดสรรงบประมาณและอัตรากำลังให้เพียงพอ ผลักดันให้ อปท. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในข้อบัญญัติท้องถิ่นและจัดทีมสหวิชาชีพเฉพาะกิจให้ครอบคลุมพื้นที่

3. ด้านการบริการพยาบาล ควรส่งเสริมการนำรูปแบบบริการ 8 กิจกรรมไปใช้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ

4. ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาประสิทธิผลระยะยาวของรูปแบบบริการ โดยติดตามผลลัพธ์ในระยะ 1–2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย อัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ และอัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). **Palliative care**. Retrieved July 18, 2023, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. สายสมร เฉลยกิตติ & นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามวิถีแบบพุทธในชุมชนกึ่งเมือง. **วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, 1**(1), 21-27.
3. สุยันต์ ลวงพิมาย. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3**(1), 44-53.
4. Mitchell, A. J., Vahabzadeh, A., & Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. **General Hospital Psychiatry, 33**(5), 409-418.
5. ประธาน ศรีจุลฮาด. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคา จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14**(3), 219-220.
6. Stephen, R., Claire, M., Ernesto, J., Richard, H., James, C., Barbara, H., et al. (2020). **Global atlas of palliative care** (2nd ed.). London, UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
7. World Health Organization. (2020). **Palliative care**. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
8. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และภัทราบูลย์ นาคสู่สุข. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,** 38(4), 55–65.
9. ลวงพิมาย สุยันต์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 3(1), 44–54.
10. มนธิดา แสงเรืองเอก, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และวาสนา รวยสูงเนิน. (2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 35(2), 1–15.
11. ศิรินภา แสนเสนา, จันทร์จิรา สีหะวงษ์, และ วิไลวรรณ สายสิงห์. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 44(1), 89–101.
12. สุพรรณี ทับทิมทอง, จิตติมา ดำรงวานิชกุล, และ ศิวาพร ศิวะโกเศศ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เขตสุขภาพที่ 10. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 46(2), 55–70.