

ประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

The Effect Nursing Care Guidelines for Palliative Care Cancer Patients in the Community,

Nong Muang Khai District, Phrae Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ปาราลี ประสงค์¹ กรรณิการ์ ชัยนันท์²

Paralee Prasong¹ Kannika Chainan²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ต่อสมรรถนะและความมั่นใจทางคลินิกของพยาบาล อาการรบกวน ความสุขสบาย และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง 24 คน ดำเนินการศึกษาระหว่าง มกราคม-สิงหาคม 2569 เครื่องมือทดลองคือแนวทางการพยาบาล (NCPG) ที่ครอบคลุมระบบรักษาทางคลินิก การเข้าถึงยาแก้ปวดโอปิออยด์ และการประเมินมิติจิตวิญญาณ เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดสมรรถนะแบบวัดความมั่นใจทางคลินิก แบบประเมิน PPS, ESAS, แบบสอบถามความสุขสบาย และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks Test และสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้แนวทางฯ พยาบาลมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) และความมั่นใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นมาก ($p = 0.003$) สำหรับผู้ป่วย พบว่าอาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิดกกังวล และเบื่ออาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระดับความสุขสบายเพิ่มขึ้นจากปานกลางเป็นมาก ($p < 0.001$) ขณะที่คะแนน PPS ลดลงตามธรรมชาติของโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($p = 0.002$) และผู้ป่วยร้อยละ 81.82 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, แนวทางการพยาบาล, ชุมชน, ความสุขสบาย, การตัดสินใจทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design evaluated the effectiveness of community-based palliative nursing care guidelines in Nong Muang Khai District, Phrae Province, on nurses' clinical competencies and decision-making confidence, as well as patients' symptom distress, holistic comfort, and hospital readmissions. The sample comprised 24 palliative cancer patients studied between January and August 2026. The intervention—Nursing Care Practice Guidelines (NCPG)—integrated clinical consultation, opioid access protocols, and spiritual assessment. Data were collected using competency and confidence tests, PPS, ESAS, the Hospice Comfort Questionnaire, and 28-day unplanned readmission records, and were analyzed using descriptive statistics, paired *t*-tests, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

Following guideline implementation, nurses exhibited significant improvements in competency ($p < 0.001$) and clinical confidence ($p = 0.003$). Among patients, distress scores for pain, fatigue, nausea, anxiety, and appetite loss decreased significantly ($p < 0.05$), while holistic comfort scores improved from moderate to high levels ($p < 0.001$). Palliative Performance Scale (PPS) scores declined in line with natural advanced disease progression ($p = 0.002$), and 81.82% of patients had no unplanned readmissions within 28 days.

Keywords: Palliative Care, Cancer Patients, Nursing Care Practice Guidelines, Community, Comfort, Clinical Decision Making

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

² หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

บทนำ

สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบันถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 21.6 ล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา² ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านร่างกายที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตสังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างรุนแรง³ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงต้องอาศัยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁴ สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่รับรองสิทธิบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความต้องการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน (Good Death) ท่ามกลางครอบครัวในชุมชนที่คุ้นเคย⁵

สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 35 ราย เป็น 102 ราย แต่อัตราการส่งปรึกษาทีมประคับประคองกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 85.71 ในปี พ.ศ. 2565 เหลือเพียงร้อยละ 34.31 ในปี พ.ศ. 2567⁷ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลายด้าน ทั้งด้าน

นโยบายและโครงสร้างที่ยังขาดรูปแบบการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาสมรรถนะของทีมพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และความไม่ชัดเจนในการสื่อสารเพื่อสร้างการยอมรับสภาพโรคร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนขาดการประเมินมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นรูปธรรม⁷

นอกจากนี้ อุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน คือ ข้อจำกัดในการจัดการอาการที่ซับซ้อน เช่น ความปวดที่รุนแรง (Refractory Pain) และภาวะหายใจลำบาก โดยเฉพาะความล่าช้าในการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในระดับชุมชน ซึ่งเป็นยาควบคุมที่ต้องมีการบริหารจัดการและติดตามอย่างใกล้ชิด^{7,8} ประกอบกับข้อจำกัดของระบบสนับสนุนทางคลินิกที่ยังขาดระบบการให้คำปรึกษา (Consultation System) ที่รวดเร็วระหว่างพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. กับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ส่งผลให้พยาบาลในระดับปฐมภูมิขาดความมั่นใจและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อจัดการอาการในชุมชน⁹ หากจัดการอาการได้ไม่ดีจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อำนาจและไม่มีจำเป็น (Unplanned Readmission)^{7,9}

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงได้จัดทำและพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ขึ้น โดยบูรณาการรูปแบบการดูแลประคับประคองที่ได้มาตรฐานและแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) เพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการพัฒนาสมรรถนะและความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพยกระดับระบบการให้คำปรึกษาและการเข้าถึงยาโอปิออยด์ ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ลดอัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มระดับความสุขสบายองค์รวม

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน¹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะและความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง (ระดับสมรรถภาพทางกาย PPS, ความรุนแรงของอาการรบกวน ESAS, ระดับความทุกข์สบาย และอัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อำนาจแผน) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2569 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 เมษายน ถึงวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ด้วยวิธีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Matched pairs, one-sided) กำหนด Effect size = 0.56 (อ้างอิงจาก สลักจิต วรรณโกษิตย์ และจิตติมา การินทร์, 2566) กำหนด Power $(1-\beta) = 0.80$ และ $\alpha = 0.05$ ได้ขนาดตัวอย่าง 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 24 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและแพทย์ระบุว่าอยู่ในระยะประคับประคอง อายุ 20 ปีขึ้นไป

2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

3. มีคะแนนสมรรถภาพทางกาย (Palliative Performance Scale: PPS) อยู่ในระดับที่ดูแลที่บ้านได้ ($PPS \leq 70\%$)

4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักรับทราบแนวทางการรักษาและยินยอมให้พยาบาลเข้าเยี่ยมบ้านตามแนวปฏิบัติใหม่

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ และต้องส่งต่อโรงพยาบาลแพร่ หรือผู้ป่วยย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ (NCPG) พัฒนาขึ้นโดยสังเคราะห์จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกรมการแพทย์³ และแนวทางการดูแลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ² ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1. แนวทางการให้ยาและระบบการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids Protocol) ในชุมชน

2. แนวทางการประเมินและการดูแลมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment & Care) ร่วมกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP)

3. ระบบการให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation System) ระหว่างพยาบาลปฐมภูมิและทีมสหวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ ประสบการณ์)

2. แบบวัดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เป็นข้อสอบปรนัยเลือกตอบ 20 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน รวม 20 คะแนน)

3. แบบประเมินความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก มีข้อคำถาม 5 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด)

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและโรคประจำตัวร่วม

2. แบบประเมินระดับสมรรถภาพร่างกายฉบับสวนดอก (Suandok PPS): ประเมินการทำหน้าที่ 5 ด้าน แบ่งเป็น 11 ระดับ (0% ถึง 100%)

3. แบบประเมินอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-Thai): ประเมิน 9 อาการสำคัญ (ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย/ใจ เหนื่อยหอบ) ระดับคะแนน 0-10

4. แบบสอบถามความทุกข์สบาย (Hospice Comfort Questionnaire ฉบับแปลไทย โดย ยุพิน ถนอมวิชัย) มีข้อคำถาม 49 ข้อ มาตรฐานค่า 6 ระดับ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-6.00)

5. แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อำนาจ (Unplanned Readmission) ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ด้วยสาเหตุจากอาการรบกวนที่จัดการได้ที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผู้เชี่ยวชาญการดูแลระดับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลระดับประคอง 2 ท่าน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 11 คน พบว่า แบบวัดสมรรถนะพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสูตร KR-20 = 0.72 และค่าความยากง่ายรายข้อ 0.27-0.64 แบบวัดความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(α) = 0.95 แบบวัดความทุกข์สบาย มีค่าความเชื่อมั่นจากงานเดิม = 0.89 และแบบประเมิน PPS และ ESAS เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. เข้าพบผู้บริหาร ชี้แจงโครงการ และขอความร่วมมือกับทีมพยาบาลเครือข่ายปฐมภูมิ พร้อมขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดแนวทางการพยาบาล (NCPG) ให้แก่พยาบาลเครือข่ายปฐมภูมิ พร้อมประเมินสมรรถนะและความมั่นใจทางคลินิกก่อน-หลังการอบรม

4. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์ชี้แจงข้อมูล และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

5. ประเมินข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย (PPS, ESAS, ความทุกข์สบาย) ในระยะก่อนได้รับแนวทาง (Pre-test) เมื่อแรกเริ่มเข้าสู่ระบบ

6. ทีมพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง NCPG ในขณะที่เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

7. ประเมินผลลัพธ์หลังการดูแลตามแนวทางฯ (Post-test) ที่ระยะเวลา 2 เดือน หรือก่อนเสียชีวิต พร้อมบันทึกข้อมูลการกลับมารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH No.025/2569 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2569 โดยยึดหลักความสมัครใจ การลงนามยินยอม สิทธิในการถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 11 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 90.91) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.09

± 10.94 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 36 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) ด้านการศึกษาพบว่า เกือบทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) และมีสถานภาพสมรส/อยู่ร่วมกับคู่ชีวิต 6 คน (ร้อยละ 54.55) ในด้านสถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ/รพ.สต. จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองเฉลี่ย 4.09 ± 5.28 ปี โดยพยาบาลส่วนใหญ่มีระยะเวลาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82)

จากการศึกษาข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 24 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 คน (ร้อยละ 66.67) โดยมีอายุเฉลี่ย 66.29 ± 9.28 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน (ร้อยละ 79.17) ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 58.33) และมีสถานภาพสมรส/อยู่ร่วมกับคู่ชีวิต 12 คน (ร้อยละ 50.00) ในด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นผู้เกษียณอายุราชการ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 45.83) รองลงมาคือประกอบอาชีพทำนา ทำสวน หรือทำไร่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 25.00)

เมื่อพิจารณาข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นร่วมของผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบ

ประคับประคองในชุมชน จำนวน 24 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 66.67) ในขณะที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวร่วม 8 คน (ร้อยละ 33.33) และเมื่อจำแนกตามประเภทของโรคประจำตัวในกลุ่มที่มีโรคร่วม พบว่าโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ กลุ่มละ 10 คน (ร้อยละ 58.82 ของผู้มีโรคร่วม) รองลงมาได้แก่ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง 5 คน (ร้อยละ 29.41) โรคอื่นๆ เช่น โรคเก๊าท์ 3 คน (ร้อยละ 17.65) โรคตับ 2 คน (ร้อยละ 11.76) และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต 1 คน (ร้อยละ 5.88) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 11 คน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test พบว่า ก่อนการใช้แนวทางฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ย 17.00 ± 1.34 คะแนน แต่ภายหลังการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้ พบว่าคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.00 ± 0.00 คะแนนเต็ม ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.416, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างชัดเจน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ ก่อนใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และหลังใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติ paired t-test ($n=11$)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ	N	Mean	S.D.	df	t	P-value
ก่อนการใช้แนวทางฯ	11	17.00	1.34	10	7.416	0.000*
หลังการใช้แนวทางฯ	11	20.00	0.00			

หมายเหตุ * = $p < 0.05$

จากการประเมินระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่าย

บริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 11 คน จำแนกรายชื่อ พบว่า ก่อนการใช้แนวทางฯ

พยาบาลมีความมั่นใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.33 ± 0.80) โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ความมั่นใจในการประเมินและบริหารยา Morphine เพื่อลดปวด/เหนื่อยที่บ้าน (Mean = 2.82 ± 0.87 , ระดับปานกลาง) แต่ภายหลังการใช้แนวทางฯ พบว่าระดับความมั่นใจโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (Mean = 4.36 ± 0.44) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความมั่นใจในการดูแลมิติจิตวิญญาณและความเชื่อของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55 ± 0.53) และความมั่นใจในทุกข้อคำถามมีการยกระดับขึ้นอย่างเด่นชัด

ผลการทดสอบเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคน (Negative ranks = 11 คน) มีคะแนนความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกภายหลังการใช้แนวทางฯ สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางฯ โดยไม่พบพยาบาลที่มีคะแนนลดลงหรือเท่าเดิม ซึ่งผลการวิเคราะห์ทางสถิติยืนยันว่าพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.946$, $p = 0.003$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ก่อนใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=11)

ความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก	n	Mean rank	Sum of ranks	Z	P-value
Negative ranks	11	6.00	66.00	-2.946	0.003*
Positive ranks	0	0.00	0.00		
Ties	0				

หมายเหตุ: Negative ranks: ก่อนการทดลอง น้อยกว่า หลังการทดลอง (post < pre)

Positive ranks: ก่อนการทดลอง มากกว่า หลังการทดลอง (post > pre)

Ties: ก่อนการทดลอง เท่ากับ หลังการทดลอง (post = pre), * = $p < 0.05$

จากการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน จำนวน 24 คน พบว่าในระยะก่อนการใช้แนวทางฯ ผู้ป่วยมีคะแนน PPS

เฉลี่ย $64.17 \pm 9.29\%$ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 70.00% (IQR = 10, Min-Max = 40–70) ขณะที่ในระยะหลังการใช้แนวทางฯ (ที่ระยะ 2 เดือนหรือก่อนเสียชีวิต) ผู้ป่วยมีคะแนน PPS เฉลี่ยลดลงเป็น $57.50 \pm 14.82\%$ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 65.00% (IQR = 30, Min-Max = 30–70) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ (n=24)

PPS	n	Mean	S.D.	Median	IQR	Min	Max
ก่อนการใช้แนวทางฯ	24	64.17	9.29	70.00	10	40	70
หลังการใช้แนวทางฯ	24	57.50	14.82	65.00	30	30	70

เมื่อนำคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (PPS) ก่อนและหลังการใช้แนว

ทางการพยาบาลฯ มาเปรียบเทียบกับสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ผู้ป่วยส่วน

หนึ่งมีคะแนน PPS ลดลงภายหลังการติดตามดูแลจำนวน 11 คน (Negative ranks) และมีคะแนนคงที่เท่าเดิม จำนวน 13 คน (Ties) โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้คะแนน PPS โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($Z = -3.025$, $p = 0.002$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการดำเนินโรคตามธรรมชาติของโรคมะเร็งระยะท้ายที่มีการถดถอยของการทำหน้าที่ของร่างกาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ($n=24$)

PPS	n	Mean rank	Sum of ranks	Z	P-value
Negative ranks	11	6.00	66.00	-3.025	0.002*
Positive ranks	0	0.00	0.00		
Ties	13				

หมายเหตุ: Negative ranks: หลังการทดลอง น้อยกว่า ก่อนการทดลอง (post < pre)

Positive ranks: หลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลอง (post > pre)

Ties: หลังการทดลอง เท่ากับ ก่อนการทดลอง (post = pre), * = $p < 0.05$

ผลการประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน 9 อาการสำคัญตามแบบประเมิน ESAS ในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองจำนวน 24 คน พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางฯ อาการรบกวนส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวทางฯ ได้แก่ อาการปวด (ลดลงจาก 2.92 ± 1.77 , Med = 2.50 เหลือ 1.50 ± 1.02 , Med = 1.00) อาการเบื่ออาหาร (ลดลงจาก 2.29 ± 1.88 เหลือ 1.21 ± 1.18) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย (ลดลงจาก 1.92 ± 2.08 เหลือ 1.13 ± 1.33) อาการวิตกกังวล (ลดลงจาก 1.54 ± 1.64 เหลือ 0.50 ± 0.78) และความไม่สบายกาย/ใจ (ลดลงจาก 2.58 ± 1.86 เหลือ 1.88 ± 1.23) ในขณะที่อาการซึมเศร้าและอาการง่วงซึมมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำมากอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีอาการรบกวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถึง 5 อาการ ได้แก่ อาการปวด ($Z = -3.671$, $p < 0.001$) อาการวิตกกังวล ($Z = -3.082$, $p = 0.002$) อาการเบื่ออาหาร ($Z = -2.773$, $p = 0.006$) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย ($Z = -2.127$, $p = 0.033$) และอาการคลื่นไส้ ($Z = -1.976$, $p = 0.048$) ในขณะที่อาการซึมเศร้า ($p = 0.317$) อาการง่วงซึม/สับสน/งง ($p = 0.465$) ความไม่สบายกาย/ใจ ($p = 0.073$) และอาการเหนื่อยหอบ ($p = 0.056$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการรบกวนโดยใช้แบบประเมิน ESAS ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชนโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=24)

ระดับความทุกข์สบายโดยใช้แบบประเมินอาการ ESAS	n	Mean rank	Sum of ranks	Z	P-value
อาการปวด					
Negative ranks	17	9.00	153.00	-3.671	0.000*
Positive ranks	0	.00	.00		
Ties	7				
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย					
Negative ranks	10	8.60	86.00	-2.127	0.033*
Positive ranks	4	4.75	19.00		
Ties	10				
อาการคลื่นไส้					
Negative ranks	9	7.00	63.00	-1.976	0.048*
Positive ranks	3	5.00	15.00		
Ties	12				
อาการซึมเศร้า					
Negative ranks	1	1.00	1.00	-1.000	0.317
Positive ranks	0	.00	.00		
Ties	23				
อาการวิตกกังวล					
Negative ranks	13	7.73	100.50	-3.082	0.002*
Positive ranks	1	4.50	4.50		
Ties	10				
อาการง่วงซึม/สับสน/งง					
Negative ranks	2	3.50	7.00	-0.730	0.465
Positive ranks	2	1.50	3.00		
Ties	20				
อาการเบื่ออาหาร					
Negative ranks	13	7.38	96.00	-2.773	0.006*
Positive ranks	1	9.00	9.00		
Ties	10				

หมายเหตุ: Negative ranks: หลังการทดลอง น้อยกว่า ก่อนการทดลอง (post < pre)

Positive ranks: หลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลอง (post > pre)

Ties: หลังการทดลอง เท่ากับ ก่อนการทดลอง (post = pre), * = $p < 0.05$

จากการเปรียบเทียบระดับความทุกข์สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชนจำนวน 24 คน ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test พบว่า ก่อนการใช้แนวทางฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความทุกข์สบายเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.39 ± 0.37) แต่ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาล

ฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าคะแนนความทุกข์สบายเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.18 ± 0.19 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -10.810, p < 0.001$) ซึ่งให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลสามารถยกระดับความทุกข์สบายองค์รวมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลเปรียบเทียบความสบาย ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน (n=24) โดยใช้สถิติ paired t-test (n=24)

ความสบาย	N	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	P-value
ก่อนการใช้แนวทางฯ	24	4.39	0.37	ปานกลาง	23	-10.81	0.000*
หลังการใช้แนวทางฯ	24	5.18	0.19	มาก			

จากการติดตามผลลัพธ์ด้านการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหนองม่วงไขโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Readmission) ภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายครั้งล่าสุด ด้วยสาเหตุจากอาการรบกวนที่สามารถจัดการได้ที่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง จำนวน 24 คน พบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 และพบผู้ป่วยที่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่านั้น (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งประคับประคองในชุมชน (n=24)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
กลับมารักษาซ้ำ	6	18.18
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	18	81.82

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชนอำเภอหนองม่วงไข จังหวัดแพร่ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิจำนวน 11 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 24 คน ระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2569 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (NCPG) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 17.00 เป็น 20.00 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) ในส่วนของผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS ได้แก่ อาการปวด

เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิดกกังวล และเบื่ออาหาร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ระดับความสบายองค์รวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับคะแนนระดับสมรรถภาพทางกาย (PPS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับวิถีธรรมชาติของโรค นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81.82 ไม่มีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน

ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข จังหวัดแพร่ สามารถนำมาอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. สมรรถนะและความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิมียกระดับสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$

0.05) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา สุนทรวิภาต และคณะ (10) ที่พัฒนา โปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับ พยาบาลวิชาชีพ พบว่าคะแนนความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติภายหลังการอบรม ($t = 9.59, p < 0.01$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการอบรมที่มีทั้งภาคทฤษฎีและ ปฏิบัติช่วยยกระดับสมรรถนะได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับบทความของราตรี นิมนดลง¹¹ ที่ระบุว่าสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ ในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากระดับปาน กลางเป็นระดับมาก ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้าน การดูแลมิติจิตวิญญาณและการตัดสินใจส่งต่อ ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา จำรัสบุญ และคณะ¹² ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้พยาบาลมีความรู้และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ความมั่นใจ ด้านการประเมินและบริหารยา Morphine ยังมี ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ซึ่งสะท้อนว่าประเด็นที่มีความ ซับซ้อนสูงต้องอาศัยระยะเวลาการฝึกฝนและ ประสบการณ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตามแบบ ประเมิน PPS ผลการศึกษาพบว่าคะแนน PPS ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติภายหลังการใช้แนวทางฯ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ เนื่องจากธรรมชาติของโรคมะเร็งระยะท้ายที่ผู้ป่วย จะมีอาการทรุดลงตามลำดับ ผลดังกล่าวสอดคล้อง กับการศึกษาของ Prompantakorn และคณะ¹³ ที่ ยืนยันว่า PPS สะท้อนการเสื่อมถอยของการทำ หน้าที่ตามวิถีธรรมชาติของโรคที่ลุกลาม และ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติกา วานิชกุล¹⁴ ที่ พบว่าคะแนน PPS ของผู้ป่วยประคับประคอง ลดลงต่อเนื่องตามวิถีธรรมชาติของโรคที่ไม่อาจ ย้อนกลับได้ ดังนั้น การลดลงของ PPS จึงควร

ตีความควบคู่กับผลลัพธ์ด้านอาการและความสุข สบายที่ดีขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าแนวทางฯ สามารถ ประคับประคองคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แม้ใน ภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย

3. การควบคุมความรุนแรงของอาการ รบกวน (ESAS) ผลการศึกษาพบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิดกกังวล และเบื่ออาหาร ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการลดลง ของอาการปวดสอดคล้องกับการศึกษาของเมธา สิ่ง จานุสงค์¹⁵ ที่พบว่าคะแนนอาการปวดตามแบบ ประเมิน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการพัฒนาระบบบริการ ($p = 0.001$) ด้าน อาการอ่อนเพลียและความวิตกกังวลสอดคล้องกับ การศึกษาของ Abdel-Aziz และคณะ¹⁶ ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ช่วยลดคะแนนความอ่อนเพลียและความวิตกกังวล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้าน อาการเบื่ออาหารสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rafaqat และคณะ¹⁷ ($p = 0.004$) และอาการ คลื่นไส้สอดคล้องกับ Frank และคณะ¹⁸ ที่พบว่า คะแนนคลื่นไส้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.036$) สำหรับอาการซึมเศร้า ง่วงซึม ความไม่สบายกาย/ ใจ และเหนื่อยหอบ ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะคะแนนก่อนการ ทดลองมีค่าต่ำมากอยู่แล้ว จึงเกิดปรากฏการณ์ Floor effect ทำให้มีช่องว่างสำหรับการลดลงทาง สถิติน้อย

4. ระดับความสุขสบายโดยรวมของผู้ป่วย คะแนนความสุขสบายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับ ปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา แก้ววงษา¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาล แบบประคับประคองช่วยเพิ่มคะแนนความสุข สบายของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับหลักการของ Kolcaba²⁰ ที่ระบุว่าความสุขสบายเป็นผลลัพธ์แบบองค์รวมที่ เกิดจากการตอบสนองความต้องการทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกัน

5. อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อำนาจแผน ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 81.82 ไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในเชิงระบบบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ อินกลอง และนันทพร บุญธรรม²¹ ที่ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่มีการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องกลับมารับรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Shepperd และคณะ²² ที่พบว่า การดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านช่วยให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางฯ ไปใช้เป็นต้นแบบพัฒนาสมรรถนะและความมั่นใจของพยาบาลปฐมภูมิ โดยปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่
2. บูรณาการแนวทางฯ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและวางแผนล่วงหน้า (ACP) เพื่อเสริมพลังครอบครัวจัดการอาการที่บ้าน และลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขนาดตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้หลากหลายเพื่อเพิ่มการอ้างอิงผล
2. ติดตามผลระยะยาวด้านอัตราการกลับมารับรักษาซ้ำและความยั่งยืนของความมั่นใจพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care: Key facts [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2566.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566.
4. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรภาพ; 2565.
5. ประคอง อินทรสมบัติ. การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย: มิติการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ. ใน: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยและสาเหตุการเสียชีวิต จังหวัดแพร่ ปี 2566.แพร่: งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่; 2566.
7. โรงพยาบาลหนองม่วงไข่. รายงานสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประจำปีงบประมาณ 2565-2567.แพร่: กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลหนองม่วงไข่; 2567.
8. ศุภชัย แพ่งคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. แนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;30(1):s76-86.
9. พัชราภรณ์ ตันติวุฒิ, สุรศักดิ์ ทิพย์รัตน์, สุวรรณ จันทรประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(1):85-101.
10. มัลลิกา สุนทรวิภาต, ปราโมทย์ ปราโมทย์, ชุตติวรรณ ปุรินทรภิบาล. ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สบายในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความรู้และความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;8(1):e273626.
11. ราตรี นิยมฉลอง. สมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2564;74(3):233-9.

12. พนิดา จำรัสบุญ, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, จริญญา ศรีเศษพิมพ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลประคับประคองของหอผู้ป่วย. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;31(2):92-110.
13. Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanakul L, Aramrat C, Pateekhum C, et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: A retrospective cohort study. BMC Palliat Care. 2021;20(1):74.
14. กฤติกา วานิชกุล. ประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลวารินชำราบ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2568;22(2):70-86.
15. เมธา สิงจานุสงค์. ผลลัพธ์และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลศิคราม: การวิจัยแบบผสมผสาน. วารสารวิชาการการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2569;23(1):68-76.
16. Abdel-Aziz HR, Zaghamir DEF, Ibrahim AM. Enhancing nursing's role in community-based palliative care: Closing gaps to improve patient outcomes. BMC Nurs. 2025;24(1):326.
17. Rafaqat W, Syed AR, Ahmed IM, Hashmi S, Jabeen I, Rajwani S, et al. Impact of an outpatient palliative care consultation and symptom clusters in terminal patients at a tertiary care center in Pakistan. BMC Palliat Care. 2023;22(1):75.
18. Frank N, Busa C, Sághy E, Pozsgai É, Csikós Á. Symptom improvement and interrelated ESAS domains following outpatient palliative care in Hungarian cancer patients. J Clin Med. 2026;15(9):3532.
19. นันทิยา แก้ววงษา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
20. Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company; 2003.
21. วชิรินทร์ อินกลอง, นันทพร บุญธรรม. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2569;29(1):18-29.
22. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: Home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev. 2021;2021(3):CD009231.