

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ palliative reality โดยบูรณาการ กองไทรลาโมเดล ร่วมกับชุมชนโรงพยาบาลกองไทรลาต จังหวัดสุโขทัย

Development of a Palliative Care System for Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease and Cancer toward Palliative Reality through Integration of the Kongkrait Model with Community, Kongkrait Hospital, Sukhothai Province

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

ธัญชา ตันประสงค์¹

Thanatcha Tongprasong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กองไทรลาโมเดล" ร่วมกับชุมชน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 21 เดือน แบ่งเป็น 3 วัฏจักรตามกระบวนการ PAOR กลุ่มตัวอย่างในระหว่างพัฒนารูปแบบ คือ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างในระยะประเมินผล คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 36 ราย พร้อมผู้ดูแลหลัก 36 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 34 ราย พร้อมผู้ดูแลหลัก 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 160 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ระบบ "กองไทรลาโมเดล" ฉบับบูรณาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินอาการรบกวน ESAS และ PPS แบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคะแนนอาการรบกวน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 42.50 ± 10.80 คะแนน เป็น 24.30 ± 8.20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 110 คะแนน ($t=13.62, p<.001$) และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนอาการรบกวนลดลงจาก 42.18 ± 8.65 คะแนน เป็น 24.35 ± 6.92 คะแนน ($p<.001$) ด้านตัวชี้วัดเชิงระบบ พบว่าอัตราการทำ ACP/Family Meeting ครบถ้วนในกลุ่มไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 91.67 และในกลุ่มมะเร็งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.59 เป็นร้อยละ 97.06 อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Death) ในกลุ่มไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.44 เป็นร้อยละ 91.67 และในกลุ่มมะเร็งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.65 เป็นร้อยละ 91.18 อัตราการเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 88.89 ในกลุ่มไตเรื้อรัง และจากร้อยละ 58.82 เป็นร้อยละ 85.29 ในกลุ่มมะเร็ง เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งระบบบูรณาการ อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.57 เป็นร้อยละ 91.43 และผู้ป่วยมีเพียงส่วนน้อยที่ต้องเริ่มบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินหรือถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวหลังใช้ระบบอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่มโรค ($\bar{X}=4.62 \pm 0.38$ ในกลุ่มไตเรื้อรัง และ $\bar{X}=4.58 \pm 0.35$ ในกลุ่มมะเร็ง) และผลการประเมินความเหมาะสมของระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเฉลี่ยรวม 4.58 ± 0.41 จากคะแนนเต็ม 5 อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคองบูรณาการ, กองไทรลาโมเดล

Abstract

This study employed Participatory Action Research (PAOR) with the objectives of developing and evaluating a palliative care system for patients with end-stage chronic kidney disease and terminal cancer toward Palliative Reality, through integration of the "Kongkrait Model" with community participation, at Kongkrait Hospital and its network of 16 sub-district health-promoting hospitals, Sukhothai Province. The study was conducted between January 2023 and September 2024, a total duration of 21 months, divided into 3 cycles following the PAOR process. The sample in the model development phase comprised an interprofessional team and network partners, totaling 20 members, while the sample in the evaluation phase comprised 36 patients with CKD Stage 5 together with 36

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกองไทรลาต จังหวัดสุโขทัย

primary caregivers, and 34 terminal cancer patients together with 34 primary caregivers, totaling 160 participants, selected through purposive sampling. A one-group pretest-posttest design was employed. Research instruments included the integrated "Kongkrais Model," a knowledge assessment on palliative care, the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and the Palliative Performance Scale (PPS), an advance care planning assessment form, and a satisfaction assessment form.

The results showed that following implementation of the developed system, patients with end-stage chronic kidney disease had significantly decreased ESAS symptom distress scores, from 42.50 ± 10.80 to 24.30 ± 8.20 out of a total of 110 points ($t = 13.62$, $p < .001$), and terminal cancer patients had decreased symptom distress scores from 42.18 ± 8.65 to 24.35 ± 6.92 ($p < .001$). Regarding system-level indicators, the rate of complete ACP/Family Meeting increased from 75.00% to 91.67% in the CKD group and from 70.59% to 97.06% in the cancer group. The rate of dignified death (Good Death) increased from 69.44% to 91.67% in the CKD group and from 67.65% to 91.18% in the cancer group. The rate of death occurring in the patient's desired location increased from 61.11% to 88.89% in the CKD group and from 58.82% to 85.29% in the cancer group. When considering the integrated system overall, the overall rate of dignified death increased from 68.57% to 91.43%, and only a small proportion of patients required unplanned initiation of renal replacement therapy or unnecessary hospital transfer. Patient and family satisfaction after using the system was at the highest level in both disease groups ($\bar{X} = 4.62 \pm 0.38$ for the CKD group and $\bar{X} = 4.58 \pm 0.35$ for the cancer group), and the expert evaluation of the appropriateness of the system yielded an overall mean score of 4.58 ± 0.41 out of 5, rated at the highest level of appropriateness.

Keywords: end-stage chronic kidney disease, terminal cancer, integrated palliative care, Kongkrais Model

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นความจำเป็นเร่งด่วนของระบบสุขภาพโลก แต่ละปีมีผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.80 ล้านคน ในจำนวนนี้ 25.70 ล้านคนอยู่ในที่สุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 78.00 อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง แต่มีเพียงร้อยละ 14.00 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และคาดว่าความต้องการจะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าภายในปี ค.ศ. 2060¹ กลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 39.00 รองลงมาคือโรคมะเร็ง ร้อยละ 34.00 และโรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 10.00² สำหรับโรคมะเร็ง องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติรายงานผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลก 20 ล้านคน เสียชีวิต 9.70 ล้านคนในปี ค.ศ. 2565 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 35 ล้านคนในปี ค.ศ. 2593 เพิ่มขึ้นร้อยละ 77.00 จากปัจจุบัน³ ส่วนโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณร้อยละ 9.50 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับที่ 5 ของโลกภายในปี ค.ศ. 2040⁴ ทั้งสองกลุ่มโรคดำเนินไปสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตด้วยวิถีที่แตกต่างกัน โรคมะเร็ง

มักทรุดลงอย่างรวดเร็วในช่วงท้าย ขณะที่โรคไตเรื้อรังทรุดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นระยะเวลานาน แต่ระบบบริการส่วนใหญ่ยังคงแยกดูแลตามกลุ่มโรคขาดโครงสร้างร่วมที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน หากปล่อยให้เป็นอย่างนี้ต่อไป ผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะท้ายจะเข้าถึงบริการไม่เท่าเทียมกัน ขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลมีโปรแกรมเฉพาะโรคหรือไม่

จังหวัดสุโขทัยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 144,591 คน อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 85.30 เป็น 88.70 และ 92.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ เมื่อประมาณการอัตราชุกโรคไตเรื้อรังระดับประเทศกับประชากรจังหวัดสุโขทัยประมาณ 514,000 คน คาดว่าจังหวัดสุโขทัยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 9,000 คน ในระดับอำเภอ โรงพยาบาลกโรลาตมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคอง 107, 119 และ 99 ราย ในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ⁵ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ก่อนเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตขึ้นทะเบียนในระบบประคับประคองเฉลี่ยปีละ 8–12 ราย สะสม 3

ปีงบประมาณรวมประมาณ 30-36 ราย ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่าโรงพยาบาลงาไกรลาศต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากทั้งสองกลุ่มโรคพร้อมกันในพื้นที่รับผิดชอบเดียวกัน แต่ระบบงานยังจัดวางแยกส่วน⁶

โรงพยาบาลงาไกรลาศได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้ว 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร่วมกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าผ่านระบบปรึกษาทางไกล และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต แต่ละรูปแบบพัฒนางานประกอบเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งระบบประเมินอาการ ระบบส่งต่อ ระบบปรึกษาทางไกล และการเสริมศักยภาพผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ทั้งสามรูปแบบดำเนินการคู่ขนานกันโดยไม่มีโครงสร้างร่วม ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือ ระบบข้อมูล และการฝึกอบรมบุคลากรและอาสาสมัครในพื้นที่เดียวกัน การทบทวนองค์ประกอบของทั้งสามรูปแบบพบว่ามีส่วนที่สามารถนำมาสังเคราะห์ร่วมกันได้ เช่น แนวทางการส่งต่อไร้รอยต่อ กระบวนการ Family Meeting/ACP ระบบประเมินอาการแบบ ESAS ช่องทางปรึกษาทางไกล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีววิถีโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ใช้กรอบ Six Building Blocks of a Health System บูรณาการทรัพยากรและบุคลากรให้ครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มโรคในพื้นที่เดียวกัน⁷

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยไตเรื้อรังและมะเร็งระยะท้ายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ประกอบกับนโยบายสถานชีววิถีของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเชื่อมโยงการดูแลโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนเข้าด้วยกัน และองค์ความรู้ที่สั่งสมจากการพัฒนารูปแบบเฉพาะโรคทั้งสามเรื่องก่อนหน้านี้ จึงยังคงมีช่องว่างความรู้ว่าองค์ประกอบของรูปแบบเฉพาะโรคเหล่านี้จะบูรณาการเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายแบบประคับประคองเดียวที่ครอบคลุมทั้งโรคไตเรื้อรังและมะเร็ง เชื่อมโยงกับชุมชนอย่างยั่งยืนได้อย่างไร การศึกษารั้วนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่อำเภองาไกรลาศได้อย่างครอบคลุมและเป็นเอกภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลงาไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลงาไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลงาไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบ "กงไกรลาศโมเดล" การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลงาไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 21 เดือน ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 3 วงรอบ (Cycles) ต่อเนื่องกัน วงรอบละประมาณ 7 เดือน ดังนี้

วงรอบที่ 1 (มกราคม – กรกฎาคม 2566): วางฐานโครงสร้างร่วมของรูปแบบและนำร่องใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเล็ก

วงรอบที่ 2 (สิงหาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567): ขยายผลและปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบตามข้อค้นพบจากวงรอบที่ 1

วงรอบที่ 3 (มีนาคม – กันยายน 2567): ยืนยันความเหมาะสมและความยั่งยืนของรูปแบบฉบับสมบูรณ์

โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรค ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act) พัฒนาและทดลองใช้องค์ประกอบของรูปแบบ "กงไกรลาสโมเดล" ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) สรุปปัญหาที่พบ ปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบ แล้วนำเข้าสู่วงรอบถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งสองกลุ่มโรคไตเรื้อรังและมะเร็งในโรงพยาบาลกึ่งไกรลาสและเครือข่ายสุขภาพอำเภอไกรลาส ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลแบบประคับประคอง (PCN) เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง และขั้นตอนการสังเกตและสะท้อนผล ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 2 กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD Stage 5) ที่ยังไม่เข้าสู่ระยะการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พร้อมทั้งผู้ดูแลหลัก ที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลกึ่งไกรลาสและเครือข่าย รพ.สต. อำเภอไกรลาส จังหวัดสุโขทัย

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผนและพัฒนาารูปแบบ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรค คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตลอด 3 วงรอบ ได้แก่ **1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5** จำนวน 36 ราย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 36 คน และ **2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** ที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 34 ราย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นรวม 160 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลกึ่งไกรลาส กระจายการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ครอบคลุมทั้ง 3 วงรอบเพื่อสะท้อนพัฒนาการของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค และผู้ดูแลหลัก แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และ Palliative Performance Scale (PPS) ที่ใช้ร่วมกันทั้งสองกลุ่มโรค แบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Family Meeting/Advance Care Planning) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ "กงไกรลาสโมเดล" ฉบับบูรณาการ และแบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบ ได้แก่ อัตราการทำ ACP ครบถ้วน อัตรา Admit เข้า อัตราการเริ่ม RRT ถูกเงื่อนไขในกลุ่มโรคไตเรื้อรัง อัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนา

และอัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Death)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยทั้งสอง กลุ่มโรค และผู้ดูแลหลัก เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการจัดการ สุขภาพตนเอง คะแนนอาการรบกวน (ESAS) และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ในแต่ละวงรอบ (One Group Pretest-Posttest) ด้วยสถิติ Paired Samples t-test หรือ Wilcoxon Signed-rank Test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ สถิติ McNemar Test หรือ Chi-square Test/Fisher's Exact Test สำหรับข้อมูลเชิงหมวดหมู่ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test ก่อนเลือกสถิติ และกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ พร้อมทั้งเปรียบเทียบ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ระหว่าง 3 วงรอบด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA หรือ Friedman Test ตามความเหมาะสมของการแจกแจง ข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนามในแต่ละวงรอบ วิเคราะห์โดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการยืนยันความถูกต้องจากผู้ให้ ข้อมูล (Member Checking) จัดหมวดหมู่เป็น ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก เพื่อนำไปปรับปรุง รูปแบบในวงรอบถัดไปให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อำเภอองไกรลาศ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในมนุษย์ ทุกประการ ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุก ขั้นตอน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ วิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่ม ตัวอย่างทุกกลุ่มอย่างละเอียดก่อนขอความยินยอม และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม การวิจัย (Informed Consent Form) ด้วยความ

สมัครใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสอง กลุ่มโรคและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยคำนึงถึงสภาวะทาง ร่างกายและจิตใจที่เปราะบาง จึงจัดเก็บข้อมูลใน ช่วงเวลาและสถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวสะดวก ไม่ ก่อให้เกิดความเครียดหรือรบกวนกระบวนการดูแล รักษาตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอน ตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนโดยไม่มีผลกระทบต่อก การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทาง คลินิกทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอ ผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ ข้อมูล และจัดเก็บแบบสอบถามและข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ในสถานที่ปลอดภัยที่เข้าถึงได้เฉพาะ ผู้วิจัยและทีมวิจัยเท่านั้น ตลอดจนทำลายข้อมูลเมื่อ สิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนดตามหลักจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลองไกร ลาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการ โดยการวิเคราะห์ข้อมูล ทุกิติภูมิจากทะเบียน Palliative Care ของ โรงพยาบาลองไกรลาศและเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 และ การสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน พบ ปัญหาหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การขาดรูปแบบ การจัดการอาการและการดูแลตนเองที่เป็นระบบและ ครอบคลุมทั้งสองกลุ่มโรค พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังและ ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและ น้ำที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมี คะแนนอาการรบกวนก่อนพัฒนารูปแบบเฉลี่ย 42.18 คะแนน (S.D. = 8.65) อยู่ในระดับสูง ทั้งสองกลุ่มโรค ยังใช้เครื่องมือประเมินอาการคนละชุดโดยไม่มี มาตรฐานร่วม ส่งผลให้อาการรบกวนสะสมและ คุณภาพชีวิตลดลง ด้านที่ 2 การขาดกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ครอบคลุมทั้งระบบ พบว่าอัตราการทำ ACP/Family Meeting ในกลุ่ม

ผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 61.54–77.78 และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอยู่ที่ร้อยละ 70.59 ในช่วงปี 2566–2568 ยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศที่ร้อยละ 80.00 ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนยังเริ่มฟอกไตแบบฉุกเฉินหรือเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยไม่ตรงตามความปรารถนา และด้านที่ 3 การขาดการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย รพ.สต. และระหว่างรูปแบบการดูแลเฉพาะโรค พบว่าโรงพยาบาลงโกสโลภราชมีรูปแบบการดูแลเฉพาะโรค 2 รูปแบบที่พัฒนาแยกกันมาก่อนหน้า คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการคู่ขนานโดยไม่มีโครงสร้างร่วม เกิดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือและระบบข้อมูล อัตราการเยี่ยมบ้านครบถ้วนของกลุ่มไตเรื้อรังผื่นผวน (ร้อยละ 76.30–81.30) และอัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนาของกลุ่มมะเร็งยังไม่คงที่ (ร้อยละ 58.82–85.29) สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่บูรณาการทั้งสองกลุ่มโรคเข้าด้วยกัน และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอโกสโลภราช

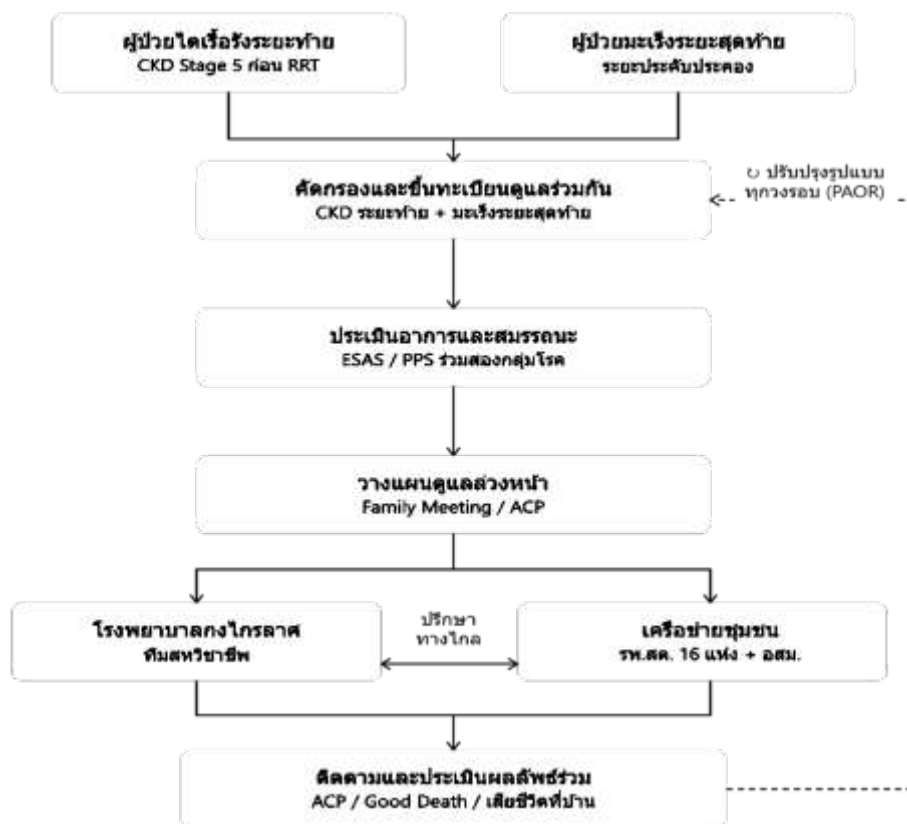
2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาสโมเดล" ร่วมกับชุมชน จากการพัฒนารูปแบบดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) จำนวน 3 วงรอบระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 21 เดือน โดยมีทีมสหวิชาชีพ 20 คน เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดทั้ง 3 วงรอบ ในขั้นตอน Plan ของแต่ละวงรอบ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล ทฤษฎี และจัดการสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์กรอบการพัฒนาแบบ โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) ของ Lorig and Holman แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก แนวทาง Conservative Kidney Management (CKM) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และแนวคิดการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้า (ACP) ในขั้นตอน Act นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 36 ราย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 34 ราย และผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มรวม 70 คน กระบวนการนำร่องและขยายผลตลอด 3 วงรอบ ในขั้นตอน Observe เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยทั้งหมดทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบในแต่ละวงรอบ และในขั้นตอน Reflect จัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสรุปบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบก่อนนำเข้าสู่วงรอบถัดไป รูปแบบ "กงไกรลาสโมเดล" ฉบับบูรณาการที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิด KONGKRAILAS ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 K-Knowledge Enhancement การเสริมความรู้เรื่องโรคและการดูแลแบบประคับประคองสำหรับทั้งสองกลุ่มโรคตามแนวคิด 5 รู้ องค์ประกอบที่ 2 O-Ongoing Symptom Assessment การประเมินอาการรบกวนต่อเนื่องด้วย ESAS และ PPS ร่วมกันทั้งสองกลุ่มโรค องค์ประกอบที่ 3 N-Nutrition and Symptom Management การจัดการอาหาร น้ำ และอาการรบกวนเฉพาะโรค องค์ประกอบที่ 4 G-Goal of Care Discussion การพูดคุยเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว องค์ประกอบที่ 5 K-Kidney and Oncology Palliative Care การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค ทั้งแนวทาง CKM สำหรับไตเรื้อรังและแนวทางเฉพาะสำหรับมะเร็งระยะท้าย องค์ประกอบที่ 6 R-Readiness for Decision-making การเตรียมความพร้อมตัดสินใจเรื่อง RRT สำหรับกลุ่มไตเรื้อรัง และการตัดสินใจเป้าหมายการรักษาระยะท้ายสำหรับกลุ่มมะเร็ง องค์ประกอบที่ 7 A-Advance Care Planning การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านกระบวนการ Family Meeting องค์ประกอบที่ 8 I-Interprofessional Team การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ องค์ประกอบที่ 9 L-Long-term Follow-up การติดตามต่อเนื่องโดยพยาบาล PCCN อาสาสมัครสาธารณสุข และระบบปรึกษาทางไกล องค์ประกอบที่ 10 A-Active Family Participation การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการ

ดูแล และองค์ประกอบที่ 11 S-Social and Spiritual Support การสนับสนุนด้านสังคมและจิตวิญญาณ รูปแบบดังกล่าวผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้รับคะแนนเฉลี่ยรวม 4.58 (S.D. = 0.41) อยู่ในระดับมากที่สุด และได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารโรงพยาบาลกโกรลาค เพื่อนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งสองกลุ่มโรคในเครือข่ายโรงพยาบาลกโกรลาคและ รพ.สต. ทั้ง 16 แห่งอย่างเป็นทางการต่อไป

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality จากการบูรณาการ "กโกรลาคโมเดล" ร่วมกับชุมชน เป็นระบบที่เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชนเข้าเป็นโครงสร้างเดียว โดยเริ่มจากกระบวนการคัดกรองและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรคเข้าสู่ระบบ

ประคับประคองร่วมกัน จากนั้นทีมสหวิชาชีพ ประเมินอาการและสมรรถนะด้วยเครื่องมือกลาง ได้แก่ ESAS และ PPS ควบคู่กับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Family Meeting/ACP) ที่ปรับให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินโรคของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ก่อนส่งต่อเข้าสู่การดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อผ่านเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง โดยมีระบบปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) เป็นช่องทางเชื่อมทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ควบคู่กับการเสริมศักยภาพครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลต่อเนื่อง และปิดท้ายด้วยระบบติดตามประเมินผลตัวชี้วัดร่วมของทั้งสองกลุ่มโรค เช่น อัตราการทำ ACP อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และอัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนา เพื่อนำผลกลับมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องในแต่ละวงจรของกระบวนการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กโกรลาคโมเดล" ร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลกโกรลาค จังหวัดสุโขทัย ฉบับสมบูรณ์

3. ผลการประเมินการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาสโมเดล" ร่วมกับชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมพัฒนาระบบ จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่ร่วมพัฒนาระบบทั้งสองกลุ่มโรค จำนวน 20 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุเฉลี่ย 39.80 ± 7.45 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 45.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ด้านวิชาชีพพบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (PCN/PCWN/PCCN) ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือเจ้าพนักงานสาธารณสุขในเครือข่าย รพ.สต. ร้อยละ 30.00 ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-3 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 45.00

3.2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค ก่อนและหลังการใช้ระบบ

3.2.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ($n = 36$) ก่อนใช้ระบบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 21 ราย ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 68.25 ± 10.42 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.22 ค่า eGFR เฉลี่ย 9.85 ± 2.74 mL/min/1.73 m² ค่า PPS เฉลี่ย 52.36 ± 8.15 อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครั้งแรกร้อยละ 75.00 หลังใช้ระบบ ค่า eGFR เฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเป็น 9.42 ± 2.68 ค่า PPS คงที่ที่ 53.61 ± 7.88 อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครบถ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.67 และการเข้าถึงระบบติดตามผ่านโทรศัพท์/Line เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.22 เป็นร้อยละ 80.56

3.2.2 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($n = 34$) ก่อนใช้ระบบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย ร้อยละ 55.88 อายุเฉลี่ย 66.80 ± 11.20 ปี การวินิจฉัยส่วนมากเป็นมะเร็งปอด 8 ราย ร้อยละ 23.53 อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครั้งแรกร้อย

ละ 70.59 หลังใช้ระบบ อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครบถ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.06 และการเข้าถึงระบบปรึกษาทางไกลผ่าน Line video call เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 94.12

3.3 ผลด้านอาการรบกวน วัดด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย มีคะแนนอาการรบกวนโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 42.50 ± 10.80 คะแนน เป็น 24.30 ± 8.20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 110 คะแนน ($t = 13.62$, $p < .001$) โดยอาการที่มีพัฒนาการมากที่สุดคืออ่อนเพลีย (Fatigue) รองลงมาคือวิตกกังวลและหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคะแนนอาการรบกวนลดลงจาก 42.18 ± 8.65 คะแนน เป็น 24.35 ± 6.92 คะแนน ($t = 12.95$, $p < .001$) โดยอาการที่มีพัฒนาการมากที่สุดคือปวด (Pain) รองลงมาคืออ่อนเพลียและหายใจเหนื่อย

3.4 ผลลัพธ์ด้านการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Death) การได้รับ ACP ครบถ้วน และการเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.44 เป็นร้อยละ 91.67 ($\chi^2 = 6.125$, $p = .013$) การได้รับ ACP ครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 91.67 ($\chi^2 = 5.143$, $p = .023$) เสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 88.89 ($\chi^2 = 6.750$, $p = .009$) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.65 เป็นร้อยละ 91.18 ($p = .003$) การได้รับ FM/ACP ครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.59 เป็นร้อยละ 97.06 ($p = .001$) เสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.82 เป็นร้อยละ 85.29 ($p = .005$) เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งระบบบูรณาการทั้งสองกลุ่มโรค ($n = 70$) อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.57 เป็นร้อยละ 91.43

3.5 ผลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อระบบการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มโรคไตเรื้อรังมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ

มากที่สุด ($\bar{X} = 4.62 \pm 0.38$) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ($\bar{X} = 4.74 \pm 0.31$) กลุ่มโรคมะเร็งมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X} = 4.58 \pm 0.35$) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 4.70 \pm 0.33$) เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มโรค ความพึงพอใจโดยรวมของระบบบูรณาการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60 \pm 0.37$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาศาสนาการณั ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบปัญหาหลักสามด้าน ได้แก่ การขาดรูปแบบการจัดการอาการที่เป็นระบบร่วมกันทั้งสองกลุ่มโรค การขาดกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุม และการขาดการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา สายันเกษม⁸ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบเดิมยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแลก่อนเข้าสู่ระบบคลินิกเฉพาะทาง สะท้อนช่องว่างเชิงระบบในลักษณะเดียวกับที่พบในพื้นที่อำเภอคลองโมเดล เช่นเดียวกับนันท์นภัส ประไพ และนันท์กานต์ หวังจิ⁹ ที่พบว่าโรงพยาบาลระดับชุมชนยังเริ่มต้นบทสนทนาเรื่องการดูแลระยะท้ายได้ล่าช้า อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ทันเวลา ปรากฏการณ์การดำเนินรูปแบบเฉพาะโรคแยกจากกันโดยไม่มีโครงสร้างร่วมยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ และคณะ¹⁰ ที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทไทยเผชิญปัญหาความไม่ต่อเนื่องของบริการอันเนื่องมาจากขาดระบบเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการ ในระดับนานาชาติ Hojjat-Assari และคณะ¹¹ พบว่าการพัฒนารูปแบบดูแลแบบประคับประคองโดยชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการสำรวจสภาพปัญหาเชิงลึกก่อนออกแบบรูปแบบเสมอ เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและวัฒนธรรมการดูแลที่แตกต่างกัน ผล

การศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันหลักการดังกล่าวว่าการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรอบด้านเป็นรากฐานสำคัญก่อนพัฒนารูปแบบใด ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทจริง นอกจากนี้ ปัญหาการดำเนินงานคู่ขนานโดยไม่บูรณาการยังสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพแบบแยกส่วนตามกลุ่มโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวโน้มการดำเนินนโยบายเชิงระบบที่มุ่งเชื่อมโยงการดูแลข้ามกลุ่มโรคเข้าด้วยกัน ดังที่ปรากฏในนโยบายสถานชีวภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ค้นพบยังชี้ให้เห็นโอกาสสำคัญในการพัฒนา กล่าวคือ องค์ประกอบของรูปแบบเฉพาะโรคที่มีอยู่เดิมสามารถนำมาสังเคราะห์และปรับใช้ร่วมกันได้ โดยไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นพัฒนาใหม่ทั้งหมด อันเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของกระบวนการพัฒนารูปแบบในวัตถุประสงค์ข้อถัดไป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กองกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน ระบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิในระดับสูงสุด สะท้อนความสอดคล้องของกรอบแนวคิด KONGKRAILAS กับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคด้วยทรัพยากรจำกัด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ และคณะ (2568) ที่พบว่าระบบการพยาบาลไร้รอยต่อซึ่งบูรณาการการจัดการรายกรณีร่วมกับการพยาบาลทางไกลช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับกระบวนการพัฒนาระบบครั้งนี้ที่อาศัยระบบปรึกษาทางไกลเป็นกลไกเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน สอดคล้องกับข้อเสนอของ Kates และคณะ¹² ที่ระบุว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผ่านระบบทางไกลช่วยลดอุปสรรคด้านระยะทางและการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างเป็นรูปธรรม การบูรณาการองค์ประกอบการวางแผนดูแลล่วงหน้าเข้าเป็นแกนกลางของระบบยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Hojjat-Assari และคณะ¹¹ ที่เสนอว่ารูปแบบการดูแล

แบบประคับประคองโดยชุมชนควรยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นฐาน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการพัฒนารูปแบบผ่านวงจร PAOR หลายวงจรรอบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังช่วยให้เกิดการปรับปรุงต่อเนื่องตามข้อจำกัดที่ค้นพบในแต่ละรอบ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเฉพาะโรคที่พัฒนาแยกกันมาก่อนหน้า และช่วยลดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือประเมินระหว่างสองกลุ่มโรคได้อย่างเป็นระบบ ผลการยอมรับรูปแบบจากผู้บริหารโรงพยาบาลยังสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำไปขยายผลเชิงนโยบายระดับเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางนโยบายสถานชีวาภิบาลที่มุ่งเชื่อมโยงการดูแลโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนเข้าด้วยกันในระดับประเทศ

การประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินพบว่าอัตราการวางแผนดูแลล่วงหน้าครบถ้วน อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และอัตราการเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทั้งสองกลุ่มโรค ขณะที่คะแนนอาการบรรเทาตลอดอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Scherer และคณะ¹³ ที่พบว่าการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการดูแลโรคไตช่วยลดภาระอาการโดยรวมและเพิ่มการทำเอกสารวางแผนดูแลล่วงหน้าเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ เช่นเดียวกับ Song และคณะ¹⁴ ที่พบว่าโปรแกรมวางแผนดูแลล่วงหน้าเชิงโครงสร้างช่วยเพิ่มความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้แทนตัดสินใจเรื่องเป้าหมายการดูแลระยะสุดท้าย และลดความวิตกกังวลของผู้แทนตัดสินใจภายหลังการสูญเสีย ในบริบทไทย ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระดับสูงสุดยังสอดคล้องกับ จิระมารณ กระเป๋าทอง¹⁵ และ นันทน์ภัส ประไพ และนันทิกานต์ หวังจิ⁹ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีองค์ประกอบด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าชัดเจนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการไปพร้อมกัน ผลด้านการลดการนำส่งโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและ

การลดการเริ่มบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินยังสะท้อนถึงประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังอาการและการสื่อสารเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจนล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดของ ชุมศรี ตันเกตุ และคณะ¹⁶ ที่ชี้ว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีโครงสร้างชัดเจนส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง ผลลัพธ์เชิงระบบที่ดีขึ้นพร้อมกันในทั้งสองกลุ่มโรคจึงยืนยันว่าการบูรณาการองค์ประกอบร่วมของรูปแบบเฉพาะโรคเดิมเข้าเป็นระบบเดียว มิได้ลดทอนประสิทธิผลเฉพาะทางของแต่ละกลุ่มโรคลง แต่กลับเสริมความเข้มแข็งของระบบโดยรวมผ่านการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality ที่บูรณาการ "กองโกลาตโมเดล" ร่วมกับชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยปรับองค์ประกอบทั้ง 11 ด้านของกรอบแนวคิด KONGKRAILAS ให้เหมาะสมกับบริบทด้านกำลังคนและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพจากทั้งฝั่งโรคไตเรื้อรังและมะเร็งตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนและออกแบบระบบ

2. ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) การประเมินอาการร่วมด้วย ESAS/PPS และการใช้ระบบ Tele-consultation ซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อรักษาระดับความรู้และทักษะของทีมนสหวิชาชีพให้คงไว้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในระบบ

3. ควรดำเนินการประชุมทีมนสหวิชาชีพเพื่อทบทวนกระบวนการ FM/ACP และผลการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรคผ่านระบบ Tele-consultation อย่างสม่ำเสมอในทุกวงจรของ PAOR เพื่อทบทวนปัญหาที่พบในการดำเนินงาน วิเคราะห์สาเหตุ และนำผลไปปรับปรุงระบบการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้นในวงรอบถัดไป

4. ควรพัฒนาระบบรายงานตัวชีวิต Service Plan สาขาชีววิทยาลับในรูปแบบ Real-time Dashboard ที่รวมตัวชีวิตของทั้งสองกลุ่มโรคไว้ในภาพเดียวกัน เพื่อให้หัวหน้างานและผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถติดตามอัตรา Good Death อัตราการได้รับ FM/ACP อัตราการเริ่ม RRT ถูกฉีดยาและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างรวดเร็ว

5. ควรประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 16 แห่งในพื้นที่อำเภอคลองไทรเพื่อจัดระบบสนับสนุนอุปกรณ์สื่อสารและอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ขาดความพร้อมด้านเทคโนโลยี อันจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบการปรึกษาทางไกล

ของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังหรือมะเร็งก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโรคและผู้ดูแลหลักทุกท่าน ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรโรงพยาบาลกบไทร จ.สุโขทัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดทั้ง 3 วรรบ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยรวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกบไทรและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Palliative care [Fact sheet].
2. World Health Organization. (2558). Improving access to palliative care [Fact sheet, WHO/NMH/NVI/15.5].
3. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229–263.
4. Bello, A. K., Okpechi, I. G., Levin, A., et al. (2024). An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. Lancet Global Health, 12, e382–e395.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2568). รายงานสถานการณ์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2567. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
6. โรงพยาบาลกบไทร. (2568). รายงานประจำปีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประจำปี 2567. กบไทร: โรงพยาบาลกบไทร.
7. ชมพูนุช พายุหะ, สิริมาพร นาคพัฒน์, เพราพนิต สอนสิทธิ์ และกาญจนา จันทะนุญ. (2568). การพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีววิทยาลับโรงพยาบาลสุโขทัยสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 47–59.
8. สุภัทรา สายันเกษม. (2567). ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี ปี 2567. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(4), 423–431.
9. นันทน์ภัส ประไพ, และนันทน์กานต์ หวังจิ. (2568). การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 10(1), 721–730.
10. เพ็ญศรี รักช่วงค์, สุนันดา คเชนทร์ชัย, และมัจฉรินทร์ อัครพัฒน์. (2568). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบูรณาการไร้รอยต่อเครือข่าย รพ.มหาราชนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 43(4), e281574.
11. Hojjat-Assari, S., Rassouli, M., Madani, M., & Heydari, H. (2021). Developing an integrated model of community-based palliative care into the primary health care (PHC) for terminally ill cancer patients in Iran. BMC Palliative Care, 20(1), 94.

12. Kates, J., Stricker, C. T., Rising, K. L., Gentsch, A. T., Solomon, E., Powers, V., Salcedo, V. J., & Worster, B. (2024). Perspectives from patients with chronic lung disease on a telehealth-facilitated integrated palliative care model: A qualitative content analysis study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 100.
13. Scherer, J. S., Rau, M. E., Krieger, A., Xia, Y., Zhong, H., Brody, A., Charytan, D. M., & Chodosh, J. (2022). A pilot randomized controlled trial of integrated palliative care and nephrology care. *Kidney360*, 3(10), 1720–1729.
14. Song, M. K., Manatunga, A., Plantinga, L., Metzger, M., Kshirsagar, A. V., Lea, J., Abdel-Rahman, E. M., Jhamb, M., Wu, E., Englert, J., & Ward, S. E. (2024). Effectiveness of an advance care planning intervention in adults receiving dialysis and their families: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(1), e2351511.
15. จิระมารติ กระเป๋าทอง. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง. *วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 10(5), 517–525.
16. ชุมศรี ต้นเกตุ, อรพิน นวพงศกร, ปัทมทัต บณขุนทด, และณรงค์กร ชัยวงศ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(1), 20–30.