

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ดิเรก ชัยชนะ¹, สุคนธ์ ชัยชนะ², วันจรัส พรหมศิริ², เรวดี รัตนะ², นันทิชา รักษ์วงศ์², ขวัญภา สภาพันธ์²,
กนกสร จำวัง², รำภาภรณ์ หอมตیب³

¹มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรรมา จังหวัดขอนแก่น

²สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง จังหวัดสงขลา

³โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวคิดชุมชนกรรมา ทีมวิจัยมีทั้งหมด 12 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) caregiver (Cg.) ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้นำชุมชน และนักวิจัยจากภายนอก โดยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของการศึกษาปัญหา พัฒนาเครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์รูปแบบ และการประเมินผล ทั้งนี้ทีมวิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 34 กรณี รวมถึงผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง (ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่อนามัย) นอกจากนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างสัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มรวม 6 คน (ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน และผู้นำชุมชน) ที่มีบทบาทด้านกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของตำบลพะตง ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองประกอบด้วยปัจจัย 4 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ส่วนแรก คือ ความร่วมมือของเครือข่ายผู้ดูแลจากสามภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว (ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลัก) ชุมชน (อสม./ผู้นำชุมชน/กลุ่ม/เอกชน) และศูนย์บริการสุขภาพ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญ) ส่วนที่สองคือการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีผ่านการพัฒนา 3 ด้านได้แก่ (1) กองทุนมะเร็ง (2) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย และ (3) ความรอบรู้ด้านมะเร็ง ส่วนที่สาม คือ แผนการดูแลเฉพาะบุคคลที่มาจากการพัฒนาร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่วนสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองจะพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันของชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมส่งเสริมการพัฒนานโยบายท้องถิ่นสำหรับแผนการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง; โรคมะเร็ง; ชุมชน; การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

วันรับ: 15 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 20 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 22 มิ.ย. 2566

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 10 ล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทย กรมการแพทย์รายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยมาตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี นับจากปี พ.ศ. 2542⁽²⁾ ตามข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ แต่ละปีจะมีประมาณ 140,000 คน หรือคิดเป็นประมาณ 400 คนต่อวัน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2565⁽³⁾ โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินการ 6 ด้าน และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในด้านของยุทธศาสตร์หลัก ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾ ที่ได้ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชน เป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการดูแล การป้องกัน และการบรรเทาทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มาจากรโรคที่คุกคามชีวิต ทั้งยังได้ประกาศข้อมติให้ประเทศสมาชิกบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลที่ดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต⁽⁵⁾ ในปัจจุบันเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง⁽⁶⁾ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้ (2) ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก (3) มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็งที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง (4) ผลการประเมินของ palliative care performance scale (PPS) ≤ 50 และ (5) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง บรรทัดฐานข้างต้นนี้กล่าวได้ว่ามีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้นที่จะเข้าเกณฑ์การดูแลแบบ

ประคับประคอง แต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่นๆ ที่ค่าประเมิน PPS มากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่อาการสงบและเฝ้าติดตามอาการจะอยู่นอกเงื่อนไขและไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเหล่านั้นต่างก็ได้รับผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็งทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวก็ยังต้องเผชิญปัญหาและวิกฤตการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ 41 คน แต่มีผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่ทางโรงพยาบาลวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและถูกส่งตัวกลับบ้านที่จะได้รับการติดตามและการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยด้านยาบรรเทาอาการปวดและทุกข์ทรมานทางกาย การดูแลจิตใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต แผนการปฏิบัติเช่นนี้กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ caregiver (Cg) เห็นปัญหาว่า (1) ผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าโรคมะเร็งระยะใดเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่างเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านกายและจิตใจ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลต่อกระบวนการรักษา ปัญหาการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และพัฒนาการของโรคมะเร็งอาจเข้าสู่ภาวะรุนแรงได้ทุกเมื่อ (2) เมื่อโรคมะเร็งพัฒนาสู่ช่วงระยะสุดท้ายแล้วผู้ดูแลก็ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมรับการสูญเสียได้ทันเวลาที่ และ (3) แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในปัจจุบันกำหนดและดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักโดยไม่ได้มีชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมมากนัก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบนฐานความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน เป็นแผนการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสอดคล้องกับระยะของโรคมะเร็ง และช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ การพัฒนาแผนการดูแลมาจากการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายการดูแล ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วย ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมชุมชนการดูแลในชุมชน การพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนและทุกคนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis R ซึ่งมี 4 ขั้นตอน⁽⁷⁾ ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observe) และการสะท้อนผล (reflection) โดยที่มวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว Cg ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ ทั้งนี้ การวิจัยอยู่ภายใต้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนระดับ จังหวัดของจังหวัดสงขลาเลขที่ 12/2566 เพื่อพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา และ ข้อมูลที่เผยแพร่จะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กระทบต่อการดูแล

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ที่ดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แนวคิดชุมชน กรุณา (compassionate communities)⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ให้มีศักยภาพรับมือกับการสูญเสีย การตายและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนการดูแลแบบประคับประคอง (community-partnered palliative care)⁽⁹⁾ ที่เน้นเสริมพลังภาคส่วนของครอบครัวและชุมชน เป็นหุ้นส่วนกับภาคบริการสาธารณสุขเพื่อร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบสุขภาพ ระดมทุน และทรัพยากร ในการขับเคลื่อนแผนการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งสามแนวคิดข้างต้นนี้ใช้เป็นฐานคิดเชิงเนื้อหา นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล (circles of care) ของ Abel J และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่เสนอแนวทางการพัฒนาชุมชนแห่งการดูแล ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเมืองคาวบอยอื่นๆ โอบดูแลเป็นชั้นๆ 5 ชั้น ได้แก่ (1) ชั้นเครือข่ายผู้ดูแลใน คือ ผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (2) ชั้นเครือข่ายผู้ดูแลนอก เช่น ญาติหรือเพื่อนผู้ป่วย (3) ชั้นชุมชน คือ กลุ่ม องค์กร อสม. หน่วยกู้ภัย วัด หรือมูลนิธิในชุมชน (4) ชั้นองค์กรบริการสุขภาพ คือ หน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิประชาชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาล และ (5) ชั้นนโยบาย

คือ องค์กรบริการท้องถิ่นและระดับชาติที่กำหนดนโยบาย บริการสุขภาพ โดยแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลใช้เป็นกรอบ การคัดเลือกสมาชิกทีมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บ ข้อมูล โดยการดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน เกี่ยวข้องกับการศึกษาข้อมูล ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง วิเคราะห์แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน และระบุปัญหาการดำเนินการ ผ่านการทบทวนวรรณกรรม และการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรค

1.2 สร้างทีมวิจัย 12 คน ซึ่งมาจากตัวแทนแต่ละชั้น ตามแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะ อากาศสงบ 1 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 1 คน Cg 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และนักวิจัย จากภายนอก 1 คน โดยเงื่อนไขการคัดเลือกเข้าทีมวิจัยคือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์โรคมะเร็ง หรือผู้ที่มีบทบาทในการ กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน รวมถึงเป็นผู้ที่เต็มใจ และสามารถร่วมกระบวนการวิจัยตลอดโครงการ

1.3 ระบุกลุ่มตัวอย่าง ใช้แนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล ในระบุน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งเป็นศูนย์กลาง งานวิจัยนี้กลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มะเร็งในพื้นที่พะตง 34 ราย ที่สื่อสาร ได้ตามปกติและยินยอมให้เก็บข้อมูล และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งแต่ละราย นั่นคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีบทบาท หลักดูแลผู้ป่วย อสม./Cg ผู้ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบติดตามดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง รวมถึงตัวแทนผู้นำชุมชนที่มีบทบาท ด้านการกำหนดนโยบายท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือ วิจัย และการเก็บข้อมูล

2.1 การพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูล เชิงปริมาณและคุณภาพ ทีมวิจัยได้นำแบบประเมินผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale: POS)⁽¹¹⁾ มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน และเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบบประเมินมีคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีคำถามปลายปิด 10 ข้อ สำหรับ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การประเมินความคิดเห็น/

ความรู้สึก/การรับรู้ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยมาตรวัดแบบ ลิเคิทสเกล (Likert scale) ซึ่งมี 5 ระดับให้เลือกตอบ “5” หมายถึงมากที่สุด และ “1” หมายถึงน้อยที่สุด และมีคำถาม ปลายเปิดข้อสองข้อ ได้แก่ ข้อ 11 และ 12 สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล แบบประเมิน POS ได้รับการปรับปรุงโดย ทีมวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค สถานะ การรักษา และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ส่วนที่ 4 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของ อสม./Cg และส่วนที่ 5 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้แบบประเมินได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item objective congruency: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการวิจัยสาธารณสุขชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและ ผู้เชี่ยวชาญจากมูลนิธิสถาบันการวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา ทั้งนี้เกณฑ์ยอมรับคือ IOC มากกว่า 0.5 ผลการตรวจสอบแบบประเมิน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC = 1.00 ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ป่วย ค่า IOC = 0.67 - 1.00 ส่วนที่ 3 สำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัว ค่า IOC = 0.67 - 1.00 ส่วนที่ 4 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่า IOC = 0.67 - 1.00 และ ส่วนที่ 5 สำหรับ อสม./Cg ค่า IOC = 0.67 - 1.00 สรุปได้ว่าแบบประเมินยอมรับได้และสามารถใช้เก็บข้อมูลได้

2.2 การพัฒนาแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง เพื่อสำรวจว่าแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันเป็นอย่างไร และแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ดีควรเป็นอย่างไร แล้วมาสรุปจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา/อุปสรรค และโอกาสการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับข้อมูลจากแบบประเมิน POS ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ชุดคำถามสำหรับ “ผู้ป่วย” มีคำถาม 9 ข้อ เช่น ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาหรือไม่ แผนการดูแลในปัจจุบันมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง ท่านเจออุปสรรคหรือปัญหาจากแผนการดูแลอะไรบ้าง ท่านคิดว่าแผนการ

ดูแลที่ดีควรเป็นอย่างไร ควรมีใครหรือหน่วยงานใดเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง เป็นต้น ส่วนที่ 2 ชุดคำถามสำหรับ “ผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ อสม./Cg” มีคำถาม 9 ข้อ เช่น ท่านทราบสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบที่เป็นปัจจุบันหรือไม่ การดูแลในปัจจุบันมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง ท่านเจอปัญหาหรืออุปสรรคการดูแลอะไรบ้าง ท่านคิดว่าแผนการดูแลที่ดีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นอย่างไร และควรมีหน่วยงานใดเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง เป็นต้น ส่วนที่ 3 ชุดคำถามสำหรับ “เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน” มีคำถาม 9 ข้อ เช่น ปัจจุบันชุมชนมีแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือไม่ แผนการดูแลเป็นอย่างไร แผนมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง แผนมีระบบส่งต่อหรือติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างไร แผนมีการสนับสนุนอื่นๆ เช่น การเดินทาง อุปกรณ์การดูแล หรือการให้คำปรึกษาหรือไม่ มีอุปสรรคการทำแผน การติดตาม และการบริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนหรือไม่และอย่างไร แผนการดูแลที่ดีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นอย่างไร แผนควรมีใคร/หน่วยงานใดเข้ามาเกี่ยวข้องและแต่ละหน่วยควรมีบทบาทอะไร เป็นต้น ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีเกณฑ์ยอมรับคือ IOC มากกว่า 0.5 ผลการประเมินได้ค่า IOC = 0.67 - 1.00 สรุปคือแบบสัมภาษณ์ยอมรับได้และใช้เก็บข้อมูลได้

2.3 การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยทีมวิจัย โดยใช้แบบประเมิน POS เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็ง 34 กรณี รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่จะเป็นทั้งสมาชิกทีมวิจัยและผู้ตอบแบบประเมิน POS เพื่อประเมินตนเองในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว และกลุ่ม อสม./Cg จะไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับสมาชิกทีมวิจัย

2.4 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสัมภาษณ์ จากการศึกษางานวิจัยทฤษฎีราก โดยทั่วไปจำนวนกลุ่มตัวอย่างการสัมภาษณ์ที่นำมาสู่การอิมิตัวของข้อมูลอยู่ในช่วง 5-35 คน⁽¹²⁾ สำหรับการวิจัยนี้ได้สัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มตามวงล้อมแห่งการดูแลจำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะอาการสงบ 1 คน ผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัวที่เป็น อสม. 1 คน เจ้าหน้าที่การดูแลแบบ ประคับประคองของศูนย์แพทย์ 1 คน รวมถึงเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับผู้บริหาร 2 คน และผู้นำตำบลพะตง 1 คน ที่มีบทบาทกำหนดแผนและนโยบายท้องถิ่นการดูแล ผู้ป่วยระยะยาว

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับ การตรวจสอบการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสังเคราะห์รูปแบบหรือแผนชุมชนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคองของทีมวิจัย

3.1 การสังเกตผลการเก็บข้อมูล โดยทั่วไปใช้การ ตรวจสอบสามเส้า (triangulation)⁽¹³⁾ เช่น การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย ด้านทฤษฎี หรือด้านวิธีรวบรวม ข้อมูล เป็นต้น สำหรับการวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่มาจากการสัมภาษณ์ ชนิดมีโครงสร้าง การใช้แบบประเมิน POS การรวบรวม เอกสารจากสถานีอนามัยฯ รวมถึงการบันทึกของทีมวิจัย ที่มาจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเมื่อลงเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ใช้การประชุมทีมวิจัยเพื่อตรวจสอบข้อมูล และ วิธีการเก็บข้อมูล ว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ก่อนนำไป วิเคราะห์ผล

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผลการตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ข้อมูลกระจายแบบไม่ปกติ การวิเคราะห์จึงใช้การวิเคราะห์แบบ nonparametric ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ median-test⁽¹⁴⁾

เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและ SWOT analysis สรุปจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของแผนการดูแลผู้ป่วย มะเร็งในปัจจุบัน และโอกาสการทำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคอง

3.3 การสังเคราะห์แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคอง โดยนำผลการวิเคราะห์ของข้อมูลการวิจัย เชิงปริมาณและคุณภาพมาบูรณาการร่วมกันเพื่อสังเคราะห์ แผนชุมชนฯ

ขั้นที่ 4 การสะท้อน คือการนำเสนอแผนชุมชน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองโดยการประชุมกลุ่ม ของทีมวิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้สนใจ เพื่อร่วมสะท้อนข้อค้นพบ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแผนชุมชนฯ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ตำบลพะตง

จากข้อมูลเอกสารของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง มีผู้ป่วยมะเร็งที่ลงทะเบียนไว้ 41 ราย สำหรับ งานวิจัยนี้สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งได้ 34 ราย เท่านั้น ส่วนรายที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้เนื่องจากผู้ป่วย ไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่พร้อมให้ข้อมูล และบางราย ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 34 ราย สามารถแจกแจงข้อมูลผู้ป่วยตาม เพศ อายุ ชนิดโรคมะเร็ง ระยะของโรค สถานการณ์รักษา และสิทธิ การรักษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง

| ตัวแปร | ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง | |
|--------|---------------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| เพศ | ชาย | 10 |
| | หญิง | 24 |
| อายุ | ต่ำกว่า 20 ปี | 1 |
| | 20 - 35 ปี | 1 |
| | 26 - 50 ปี | 7 |

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

| ตัวแปร | ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | |
| | 51 - 65 ปี | 16 | 47.07 |
| | 65 ปี ขึ้นไป | 9 | 26.48 |
| ศาสนา | พุทธ | 33 | 97.06 |
| | อิสลาม | 1 | 2.94 |
| ชนิดของโรคมะเร็ง | มะเร็งเต้านม | 15 | 44.12 |
| | มะเร็งลำไส้ | 6 | 17.65 |
| | มะเร็งปากมดลูก | 4 | 11.75 |
| | มะเร็งรังไข่ | 2 | 5.88 |
| | มะเร็งต่อม้ำเหลือง | 1 | 2.94 |
| | มะเร็งต่อมลูกหมาก | 1 | 2.94 |
| | มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ | 1 | 2.94 |
| | มะเร็งกล่องเสียง | 1 | 2.94 |
| | มะเร็งเม็ดเลือดขาว | 1 | 2.94 |
| | มะเร็งตับ | 1 | 2.94 |
| | มะเร็งโพรงจมูก | 1 | 2.94 |
| | ระยะของโรค | ระยะแรก | 10 |
| ระยะสอง | | 6 | 17.65 |
| ระยะสาม | | 11 | 32.345 |
| ระยะสี่ | | 6 | 17.56 |
| อื่นๆ (ไม่สามารถระบุระยะได้) | | 1 | 2.94 |
| สถานะการรักษา | กำลังรักษา | 13 | 38.24 |
| | เฝ้าติดตามอาการ | 20 | 58.82 |
| | ไม่รักษา แต่ดูแลคุณภาพชีวิต | 1 | 2.94 |
| การใช้สิทธิการรักษา | สิทธิบัตรทอง | 27 | 79.42 |
| | สิทธิประกันสังคม | 4 | 11.76 |
| | สิทธิข้าราชการ | 2 | 5.88 |
| | สิทธิประกันเอกชน | 1 | 2.94 |
| | ประกันเอกชน | 0 | 0.00 |

2. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดังตารางที่ 2 สรุปรายจากข้อมูลผู้ป่วย (n=34) ผู้ดูแลหลัก (n=34) อสม./Cg (n=24) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=21) ความแตกต่างของจำนวนผู้ตอบแบบประเมินเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มี อสม./Cg หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ในพื้นที่ที่จะตงมีผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 30 ที่ไม่มีผู้ดูแลติดตาม กล่าวได้ว่า การดูแลไม่อาจมอบให้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งรับผิดชอบ หากแต่เป็นสิ่งที่เครือข่ายในสังคมควรรับผิดชอบร่วมกัน

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ทั้งนี้กลุ่มผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัวมีการรับรู้ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม อสม./Cg ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ผลลัพธ์ต่างจากผู้ป่วยทุกตัวแปรสังเกต กล่าวได้ว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวและ อสม./Cg เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อพบว่า ตัวแปรสังเกตที่กลุ่มผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ “X6 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและแผนการรักษา” (M=4.26, SD=0.66) และข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “X1 การดูแลอาการปวดทางกาย” (M=2.62, SD=1.42)

ตารางที่ 2 การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของคำถามข้อ 1 – 10

| ตัวแปรสังเกต ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง | ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | ผู้ป่วย (n=34) | ผู้ดูแลหลัก (n=34) | อสม./Cg (n=24) | เจ้าหน้าที่ (n=21) |
| X1 อาการปวดทางกาย | 2.62 (1.42) | 3.00 (1.41) | 2.67 (1.37) | 1.90 (1.00) |
| X2 อาการอื่นๆ ที่กระทบความรู้สึก เช่น โธ่ ท้องผูก อ่อนเพลีย | 2.69 (1.36) | 3.03 (1.29) | 2.75 (1.48) | 2.10 (1.18) |
| X3 ความกังวลใจเกี่ยวกับอาหารเจ็บปวด | 2.97 (1.46) | 2.79 (1.32) | 2.58 (1.18) | 1.90 (1.09) |
| X4 ความกังวลใจเกี่ยวกับการรักษา | 2.91 (1.40) | 2.97 (1.38) | 2.79 (1.41) | 1.76 (0.89) |
| X5 ความกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการรักษา | 3.35 (1.39) | 3.38 (1.23) | 2.79 (1.25) | 1.95 (1.16) |
| X6 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและแผนการรักษา | 4.26 (0.66) | 3.79 (1.04) | 3.58 (1.18) | 2.43 (1.63) |
| X7 การได้รับความช่วยเหลือด้านปัญหาการเงินและปัญหาอื่นๆ | 3.03 (1.27) | 3.24 (1.25) | 3.33 (1.27) | 1.95 (1.16) |
| X8 การได้ระบายความรู้สึก | 3.50 (1.24) | 3.21 (1.27) | 3.21 (1.10) | 2.10 (1.18) |
| X9 ความรู้สึกเศร้า | 2.88 (1.41) | 2.87 (1.31) | 2.79 (1.38) | 1.95 (1.16) |
| X10 การยอมรับต่อโรค | 3.91 (1.07) | 3.94 (1.15) | 3.33 (1.43) | 2.52 (1.63) |
| ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | 3.21 (1.26) | 3.23 (1.27) | 2.98 (1.31) | 2.06 (1.21) |
| ค่ามัธยฐาน | 3.00 | 3.15 | 3.15 | 2.00 |
| ข้อสรุประดับ | ปานกลาง | ปานกลาง | ปานกลาง | ต่ำ |

ทั้งนี้เมื่อตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลไม่ได้แจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้การวิเคราะห์แบบ nonparametric tests ด้วยการวิเคราะห์ Median test (k=4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าการรับรู้ผลลัพธ์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี pair-wise comparisons พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่างจากผู้ดูแลหลักและอสม./Cg อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

นอกจากนี้ ผลการสำรวจปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตามแบบประเมินผลลัพธ์ข้อที่ 11 และข้อ 12 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาหลักสี่อันดับแรกได้แก่ (1) ปัญหา ด้านการเงิน จากค่ารักษายานอกบัญชี ยาลดผลข้างเคียง และค่าเดินทาง (2) ปัญหาผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ที่สร้างความเจ็บปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และส่งผล

ทางอารมณ์เช่น หงุดหงิด ท้อแท้ และกังวล (3) ปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาล และ (4) ปัญหาไม่มีคนดูแลที่บ้าน และไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล ดังนั้นความต้องการของผู้ป่วย จึงเกี่ยวข้องกับความต้องการให้ช่วยเหลือด้านการเงิน การเดินทาง การดูแลอาการปวดทางกายและจิตใจ การดูแล ด้านอาหาร และมีคนดูแลที่บ้านหรือช่งไปโรงพยาบาล

กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีปัญหาและความต้องการ ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมากนัก มีปัญหาหลักได้แก่ ปัญหา ด้านการเงินและการเดินทาง ปัญหาการดูแลอาหารให้ผู้ป่วย อย่างไรก็ดี กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีปัญหาเฉพาะ ของตนเอง ได้แก่ การรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย ปัญหา อารมณ์ของตนเองที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อ และความกังวลที่ การรักษาใช้เวลานานและกระทบต่องานและวิถีชีวิตของ ตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลหลักในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ ด้านการประสานงานกับโรงพยาบาล เช่น คิวนัด และการส่งตัว การเดินทางไปโรงพยาบาล รวมถึงมีกลุ่มเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีกลุ่มให้ความรู้เรื่องการดูแลอาหารผู้ป่วย มะเร็ง และมีกลุ่มปรึกษาเพื่อดูแลจิตใจผู้ดูแล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ median test ของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

| ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง | Independent-Sample Median Test | | | | | สรุป |
|-------------------------------|--------------------------------|--------|----------------|----|-----------------------------------|---------|
| | N | Median | Test Statistic | df | Asymptotic (p-value 2-sides test) | |
| ระหว่างกลุ่ม | 108 | 3.00 | 9.254 | 3 | 0.026 | ต่างกัน |

*p=0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons ระหว่างกลุ่ม

| | Test Statistic | p-value | สรุป |
|--|----------------|---------|------------|
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ป่วย | 1.696 | 0.293 | ไม่ต่างกัน |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว | 4.828 | 0.028* | ต่างกัน |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม./Cg | 6.505 | 0.011* | ต่างกัน |
| ผู้ป่วย - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว | 0.016 | 0.898 | ไม่ต่างกัน |
| ผู้ป่วย - อสม./Cg | 0.127 | 0.721 | ไม่ต่างกัน |
| ผู้ดูแลหลักในครอบครัว - อสม./Cg | 0.000 | 1.00 | ไม่ต่างกัน |

*p=0.05

กลุ่ม อสม./Cg มีปัญหาหลักได้แก่ความกังวลและความไม่มั่นใจในตนเอง เพราะมองว่าตนเองขาดทักษะความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านกายและจิตใจผู้ป่วย นอกจากนี้ อสม./Cg มีความกังวลเกี่ยวกับการสื่อสารและการดูแลจิตใจญาติและครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นความต้องการของกลุ่ม อสม./Cg เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารและดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมลงเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทบทวนความรู้

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนปัญหาหลัก ได้แก่ ปัญหาไม่มีข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีเครื่องมือสำหรับเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งทำให้การเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ไม่รอบด้าน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องการพัฒนาฐานข้อมูล และพัฒนาแบบเยี่ยมผู้ป่วยที่สามารถดูแลด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างองค์รวม

3. ผลการวิเคราะห์ SWOT ของสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งของตำบลพะตง

การวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มาจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 6 ท่าน ค้นพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันยังไม่มีแผนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทุกคน กล่าวคือ มีแผนเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกส่งตัวกลับบ้านเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามดูแลแบบประคับประคองจนเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่นยังไม่มีแผนการติดตามหรือดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งสรุปผ่านการวิเคราะห์ SWOT ที่แสดงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคได้ดังนี้

จุดแข็งหรือข้อได้เปรียบของชุมชนพะตงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน สมรรถนะของอสม./Cg การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ และการเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ในขณะที่จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของชุมชนพะตงมี 5 ประเด็น ได้แก่ ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ระบบคัดกรองไม่เพียงพอ ขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขาดการดูแลจิตใจผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ด้านการดูแลอาหารผู้ป่วยมะเร็ง และไม่มีแบบเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน และไม่มีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและญาติ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งรายหนึ่งได้เล่าถึงประสบการณ์

การยอมรับว่าเป็นมะเร็งว่า รู้สึกกังวล กลัว คิดมาก และทำใจยอมรับไม่ได้ แม้ว่าครอบครัวจะให้กำลังใจ ตอนไปโรงพยาบาลครั้งแรกพบผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นเหมือนตัวเองเป็นจำนวนมาก ทำให้ทำใจได้และยอมรับได้ว่าไม่ใช่เป็นโรคมะเร็งอยู่คนเดียวทำให้ยอมรับโรคได้ และยอมเข้าระบบการรักษาจนหาย จึงมองว่าหากชุมชนมีกลุ่มผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกันน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ยังอยู่ในช่วงปฏิเสธโรคผ่านช่วงวิกฤตได้และยอมรับโรค

อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของชุมชนพะตงในปัจจุบันมี 4 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านการเงินของผู้ป่วยและงบประมาณสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลขาดความรู้ด้านโรคมะเร็ง ขาดการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชนยังขาดแผนการปฏิบัติการที่ชัดเจนและแผนการป้องกัน ดังที่ผู้นำชุมชนได้กล่าวถึงข้อจำกัดของนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันไว้ว่า นโยบายและแผนการดูแลที่ปฏิบัติกันในปัจจุบัน เน้นการรักษาซึ่งใช้งบประมาณมาก แต่ไม่มีแผนป้องกัน และไม่เคยมองตั้งคำถามว่าจะทำให้ประชาชนเป็นมะเร็งน้อยลงได้อย่างไร และระบุว่าตำบลพะตงมีนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาวะที่ดี หากมีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งให้กับเยาวชนและประชาชน แล้วติดตามประเมินต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาแผนป้องกัน ก็น่าจะมีส่วนร่วมมาก แต่อาจจะใช้ระยะเวลานาน

โอกาสของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ดีของชุมชนพะตงเกี่ยวข้องกับ (1) การพัฒนาแผนการดูแลที่สอดคล้องกับระยะของโรค ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย (2) การพัฒนากองทุนผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง (3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูล (4) การส่งเสริมความรู้ด้านโรคมะเร็ง และ (5) การยกระดับความร่วมมือมาสู่ความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนแผนการดูแล สร้างวัฒนธรรมชุมชนแห่งการดูแลที่สมาชิกชุมชนเห็นคุณค่า การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ดังที่ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลพะตง กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ มีแผนที่มีคุณภาพ รู้ข้อมูลเร็ว ข้อมูลมีการอัปเดตที่ไม่ได้มาจากทีม

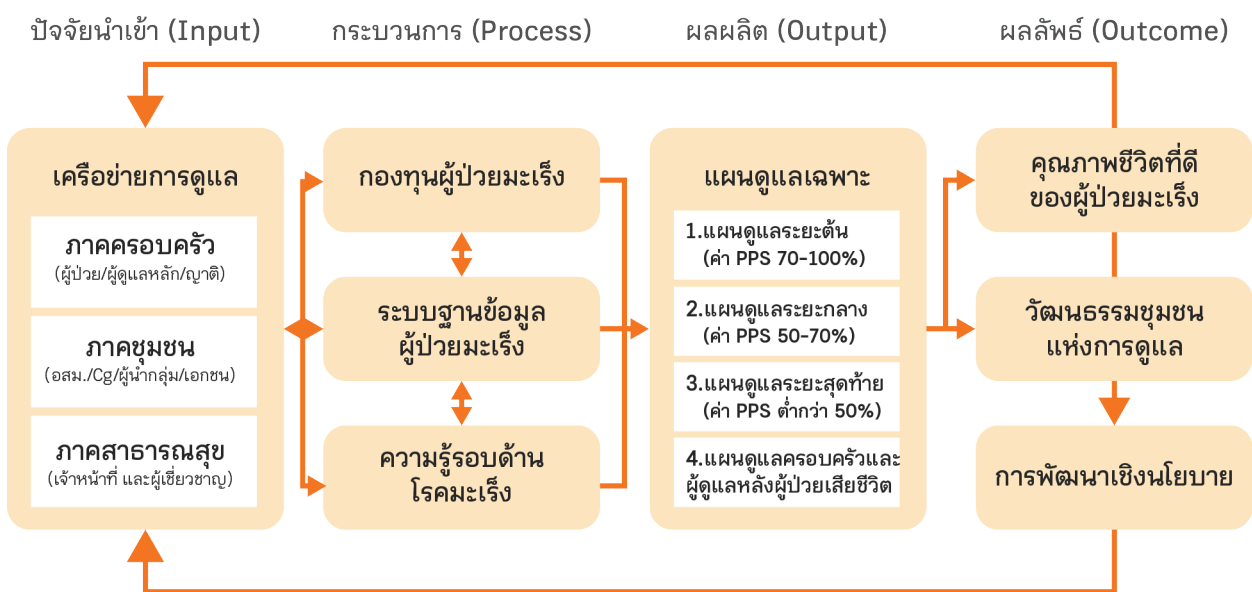
เจ้าหน้าที่สุขภาพเพียงฝ่ายเดียว มีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมให้เครือข่ายร่วมพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาแผนการดูแลที่ทุกภาคส่วน อสม. Cg เจ้าหน้าที่ที่ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เข้ามาเป็นหุ้นส่วน คือการร่วมประชุม ร่วมคิด ประเมิน แก้ไข ปรับปรุง และต่อยอดเพื่อให้มีการพัฒนาแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผนการดูแลแบบประคับประคองช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น และตายอย่างสมศักดิ์ศรี และนำทรัพยากรชุมชนมาร่วมวางแผนและนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

4. แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนสังเคราะห์จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่มาจากกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายการดูแลของตำบลพะตง แสดงดังภาพที่ 1

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนอธิบายผ่านองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ตามลำดับได้ดังนี้ หนึ่ง ปัจจัยนำเข้า คือ เครือข่ายการดูแลจากสามภาคส่วนหลัก ได้แก่ ภาคส่วนครอบครัว (ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) ภาคส่วนชุมชน (อสม./Cg กลุ่มต่างๆ ในชุมชนและเอกชน) และภาคส่วนสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ) สอง กระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายมาจาก 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนากองทุนผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านการเงินให้ผู้ป่วยและการขับเคลื่อนแผนผ่านการระดมทุน (2) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย ระบบคัดกรอง แบบเยี่ยมบ้านและแบบประเมินผู้ป่วย และการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกับหน่วยงานต่างๆ และ (3) การพัฒนาความรู้ด้านโรคมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มรับฟังสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ภาพที่ 1 แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน



การให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย และการรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ผลผลิตของกระบวนการ คือ แผนการดูแลเฉพาะที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยจำแนกได้ 4 แผนย่อยตามผลการประเมินของแบบ palliative performance scale (PPS) ได้แก่ (1) แผนระยะต้น (สำหรับผู้ป่วยที่ค่าประเมิน PPS ร้อยละ 70-100) เป็นแผนดูแลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรคหรืออาจมีบ้างบางอาการของโรค รับประทานอาหารได้ตามปกติหรืออาจน้อยลงในบางกรณี แต่มีความรู้สึกตัวดี (2) แผนระยะกลาง (สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ค่าประเมิน PPS ร้อยละ 50-70) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้ลดลง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โรคมีอาการบางอย่างหรืออาจเริ่มลุกลาม รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีความรู้สึกลดน้อยถึงสับสนได้ (3) แผนระยะสุดท้าย (สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ค่าประเมิน PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50) เป็นแผนสำหรับผู้ป่วยที่นอนติดเตียง โรคมีลุกลาม ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด และต้องการผู้เชี่ยวชาญร่วมดูแล และ (4) แผนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นแผนการดูแล เยียวยา และฟื้นฟูครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต สุดท้ายผลลัพธ์หรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง ชุมชนได้พัฒนาวัฒนธรรมใหม่ที่สมาชิกชุมชนเห็นว่าเรื่องการตายและการเตรียมตัวตายเป็นสิ่งที่พูดถึงได้ รวมถึงสมาชิกเห็นคุณค่าการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า นอกจากนี้ มีการพัฒนานโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน และภาคีมีส่วนร่วมขับเคลื่อนแผนชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่นับรวมผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของโรคเพื่อเข้ารับการดูแลแบบการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต⁽¹⁵⁾ และเป็นแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ในภาพรวมองค์-

ประกอบของแผนสอดคล้องกับแผนบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ใหญ่ประเทศไทย⁽¹⁶⁾ ได้แก่ การบูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การพัฒนาแผนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูล นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกชพร เชื้อนธนะและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่เสนอว่าการพัฒนากองทุนและระบบฐานข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้เสนอข้อค้นพบใหม่ ได้แก่ การเสนอแผนการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยมะเร็งทุกรายและทุกระยะโรค โดยจัดทำแผนเฉพาะที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไว้สี่กลุ่มตามผลการประเมิน PPS ในขณะที่แผนการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันที่กำหนดจากโรงพยาบาล⁽¹⁸⁾ มีไว้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีผลการประเมิน PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50 เท่านั้น นอกจากนี้ โดยทั่วไปแผนการดูแลแบบประคับประคองจะกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่งานวิจัยนี้เสนอว่า แผนการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการประเมิน PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการซับซ้อนและต้องมีแผนดูแลทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ แต่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ผลการประเมิน PPS มากกว่าร้อยละ 50 แผนการดูแลสามารถร่วมพัฒนาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายการดูแลซึ่ง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการประเมินสถานะผู้ป่วย ร่วมติดตามและดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการสะท้อนเพื่อพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะนี้ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สำหรับรายละเอียดข้อค้นพบ ผู้วิจัยขออภิปรายประเด็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยมะเร็ง การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และความรอบรู้ด้านโรคมะเร็ง รวมถึงแผนดูแลเฉพาะ ตามลำดับดังนี้

- 1) กองทุนมะเร็ง เป็นกระบวนการสำคัญของแผนชุมชนในการนำภาคีเข้ามาเป็นหุ้นส่วนร่วมแก้ปัญหาด้านการเงินให้กับผู้ป่วยมะเร็ง โดยทั่วไปแผนการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชนให้ความสำคัญกับการพัฒนากองทุน เช่น งานวิจัยโมเดลการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งบ้านปันรักโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี⁽¹⁹⁾ให้ความสำคัญกับการมีกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย แต่ก็พบว่ากองทุนมักมีปัญหาขาดเงินสนับสนุนจากภาครัฐ สำหรับงานวิจัยนี้การพัฒนากองทุนมะเร็งไม่ได้เน้นเฉพาะการระดมทุนจากการบริจาค แต่มองว่าการสร้างกองทุนเป็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเพื่อมีส่วนร่วมในวงล้อมการดูแล กล่าวคือ ด้านหนึ่งภาคีเป็นสมาชิกกองทุนและร่วมบริจาคเพื่อร่วมระดมทุนจากสมาชิกชุมชน อบอุ่น. เทศบาล ภาครัฐ รวมถึงภาคเอกชน เช่น กลุ่มอุตสาหกรรมในพื้นที่พะตง และอีกด้านสมาชิกกองทุนสามารถกู้เงินจากกองทุนใช้สร้างอาชีพที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มอาชีพดูแลผู้ป่วย กลุ่มอาชีพเป็นเพื่อนผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือกลุ่มครัวชุมชนเพื่อดูแลอาหารสุขภาพให้ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น แล้วผู้กู้ยืมคืนเงินทุนและผลกำไรบางส่วนสทบกองทุน ด้วยกระบวนการขับเคลื่อนกองทุนนี้จะสามารถแก้ปัญหาขาดเงินบริจาค และช่วยให้กองทุนมะเร็งเติบโตได้อย่างยั่งยืนได้

2) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีร่วมพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับภาคสาธารณสุข การพัฒนาระบบฐานข้อมูลจะมีประโยชน์ต่อการประสานงานและส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานสุขภาพ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปริชา แหวนหล่อ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ได้ข้อสรุปว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลและการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลมาจากการทำงานของหน่วยงานสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เสนอว่าการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเป็นกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมนั้นหมายความว่าผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก อสม./Cg สมาชิกชุมชนหรือฝ่ายบุคคลของภาคเอกชน สามารถแจ้งรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้าระบบฐานข้อมูล เพื่อให้ทีมงานสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนจะบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการแล้วนำข้อมูลมาพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จากนั้นเชื่อมโยงฐานข้อมูลเข้ากับฐานข้อมูลประชากรของ อบอุ่น.พะตง หรือฐานข้อมูลฝ่ายบุคคลของภาคเอกชน เพื่อการติดตาม ดูแล และประเมินแผนการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ความรอบรู้ด้านมะเร็ง เป็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีร่วมพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงประเด็นปัญหาต่างๆ เช่น ความรู้ด้านอาหารผู้ป่วยมะเร็ง การพัฒนาทีมรับฟัง และกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ด้านมะเร็งนี้สอดคล้องกับโมเดลบ้านปันรักของชุมชนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และงานวิจัยของพิมพ์พินิต ภาคศรี และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยต้องการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและพัฒนาการของโรค กลุ่มผู้ดูแลต้องการความรู้และทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สำหรับงานวิจัยนี้เสนอว่า ความรอบรู้ด้านมะเร็งเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และอีกด้านหนึ่งเป็นกระบวนการเสริมพลังเพื่อให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มาจากประสบการณ์ตรงของตนเอง องค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและบริบทชุมชน และกระบวนการของกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ช่วยเยียวยาและพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย

4) แผนดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาตามระยะของโรคและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งทุกคน ถึงแม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้มีความพยายามนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเมื่อทางโรงพยาบาลได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽²²⁾ แต่งานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้พยายามขยายขอบเขตหรือบรรทัดฐานการคัดเลือกผู้ป่วยให้ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ สำหรับงานวิจัยนี้ได้กำหนดแผนการดูแลแบบประคับประคองไว้ 4 แผนตามผลการประเมิน PPS เพื่อนำผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะเข้าสู่แผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ผลงานวิจัยนี้ยังเสนอแผนการดูแลสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต กล่าวได้ว่า ข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ได้เสนอแนวทางการปฏิบัติของการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ และทุกคนเข้าถึงคุณภาพการดูแลได้ไม่ต่างกันและเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽²³⁾ เป้าหมายที่ 3 คือการสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

สำหรับทุกคนในทุกวัย และเป้าหมายที่ 10 คือการลดความไม่เสมอภาคภายในประเทศและระหว่างประเทศ โดยงานวิจัยนี้เสนอ คือ นโยบายด้านสุขภาพประชาชนทุกอายุ เพศ เชื้อชาติ แหล่งกำเนิด ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจสามารถได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน ที่มาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การดูแลภาคครอบครัว (ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลัก) ภาคชุมชน (อสม./Cg/ผู้นำชุมชน/กลุ่ม/เอกชนในพื้นที่และนอกพื้นที่) และภาคสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่อนามัย/เจ้าหน้าที่สุขภาพ/ผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ โรงพยาบาล แพทย์-เจ้าของไข้ นักโภชนาการ และผู้นำทางจิตวิญญาณในพื้นที่) ร่วมขับเคลื่อนและพัฒนาแผนการดูแล นอกจากนี้ การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนไปขับเคลื่อนจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้เขียนขอเสนอประเด็นสำหรับการวิจัยในอนาคตไว้ 2 ประเด็นดังนี้ (1) การวิจัยพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยมะเร็งด้านอาหารและโภชนาการ การวิจัยนี้สามารถพัฒนาที่วิจัยที่มาจากเครือข่ายร้านอาหารในชุมชน กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ นักโภชนาการ นักเชี่ยวชาญด้านมะเร็ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg ครอบครัวผู้ป่วย และผู้นำชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงใช้ประเด็นอาหารพัฒนากองทุนมะเร็งไปพร้อมกัน และ (2) การวิจัยพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เชื่อมโยงข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และเพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (geographic information system: GIS) ร่วมพัฒนาระบบข้อมูลและการบริการด้านสุขภาพร่วมกับ

ภาครัฐส่วนท้องถิ่น รวมถึงการสร้างแอปพลิเคชันที่ภาคีเครือข่ายผู้ดูแลสามารถร่วมส่งข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

อีกด้านหนึ่ง การดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากในสถานการณ์แพร่ระบาดไวรัสโควิด 19 ทำให้การลงพื้นที่เก็บข้อมูลของทีมวิจัยไม่สม่ำเสมอตามแผน และการประชุมที่วิจัยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ หรือบางครั้งต้องเปลี่ยนมาใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามและประชุมที่วิจัย อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ได้เสนอมุมมองและแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในหลายประเด็น ได้แก่ (1) แนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่นับรวมผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของโรคให้เป็นจริงได้ในทางปฏิบัติ (2) แผนการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการเสริมพลังให้กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม./Cg ร่วมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ (3) แนวทางการขับเคลื่อนแผนการดูแลผ่านกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย การดูแลผ่านการพัฒนากองทุนมะเร็ง ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง และความรอบรู้สุขภาพด้านมะเร็ง (4) แนวทางการพัฒนาชุมชนให้หน่วยต่างๆ ของชุมชนมีศักยภาพในการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านการสูญเสีย การตาย และการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงการพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นสิทธิของประชาชนที่ทุกคนควรได้รับและเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ทางผู้วิจัยและคณะวิจัยขอขอบคุณการสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. กรมการแพทย์. มะเร็งป้องกันได้ คัดกรองเร็ว รู้เร็ว รักษาง่าย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/182707>
3. กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง พ.ศ. 2562-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [สืบค้นเมื่อ 7 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf
4. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
5. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สามดีพรีนติ้งอิกวิปเมท; 2562.
6. ชุตินา สิมะสาธิตกุล พิรัชญ์ ทัพวงษ์, เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์, ศิริกันยา จงเสถียรธรรม, อัจจิมา ชลไพศาล, อรสา อัศวรัชางกูร, และคณะ. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. วรณดี สุทธินรากร. การวิจัยปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสร้างสรรค. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์; 2556.
8. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. ชุมชนกรุณา มิติใหม่ของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ; 2562.
9. Suresh K, Jairam KR. Public health palliative care design and practices in low-and-middle-income countries. In: Abel J, & Kellehear A, editors. Oxford textbook of public health palliative care. Oxford University Press. 2022. p. 209-217.
10. Abel J, Walter T, Carey LB, Rosenberg J, Noonan K, Horsfall D, et al. Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care?. BMJ Support Palliat Care 2013;3(4):383-8.
11. ลดาวัลย์ สาภินันท์. คู่มือแบบประเมินการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale: POS) เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่; 2556.
12. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร: สามลดา; 2555.
13. สุรางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
14. ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์. มารู้จัก Nonparametric กันเถอะ. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2562;2(2):1-13.
15. พิชัย จันทร์ศรีวงศ์, ศิริพร เสมสาร. การดูแลแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; [สืบค้นเมื่อ 4 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/palliative-care
16. Health Service Executive: HSE. Adult palliative care services model of care for IRELAND [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/palliative-care/moc/ncp-palliative-care-model-of-care-24-04-0219.pdf>
17. กษพร เชื้อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เขียวชาเขต, ภักพรพล ตูมัต, จุฑามาศ ชาวส้าน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเขียวกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2):273-82.
18. Kitreerawutiwong N, Mekrungrongwong S, Keeratisiroj O. The development of the community-based palliative care model in a district health system, Phitsanulok Province, Thailand. Indian J Palliat Care 2018;24(4):436-45.
19. กมลพร สกุลพงศ์, วิริยา โพธิ์วาง-ยุสท์, เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษาบ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2017;27(4):90-103.
20. ปรีชา แหวนหล่อ, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต จังหวัดศรีสะเกษ. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2017;6(3):215-22.

21. พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร หัถกิต. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2015;35(2):79-92.
22. อนุทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(2):1021-30.
23. United Nations. The 17 Sustainable Development Goals [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>

Community-Partnered Palliative Care Plan for Cancer Patients in Patong Healthcare Service Center, Hatyai District, Songkhla Province

Wiranpat Kittitharaphan¹, Pimrapat Wattanasuksa², Krittikorn Wangtrakul³, Nuntiya Jeerasup⁴, Prasert Chutha⁵, Kusumavadee Kamkliang⁶, Apicha Ruethathip⁶

¹ *Compassionate Communities Research and Development Institution Foundation, Khon Kaen Province*

² *Patong Healthcare Service Center, Songkhla Province*

³ *Hat Yai Hospital, Songkhla Province*

Abstract

The purpose of this participatory action research [PAR] to establish a model of community-partnered palliative care [CPPC] for cancer patients using community participation approaches and a compassionate community perspective. Research participants included healthcare providers, village health volunteers, caregivers [Cg], patients, family caregivers, community leaders, and outsourced researcher. The PAR process involved problem identification, questionnaire development, data collection, analysis, model development, and outcome evaluation. Moreover, the palliative care outcome scale [POS] and participant observation were used for the data collection from 34 cases of cancer patients and their caregivers. Additionally, the structured interview was conducted with six key informants (a cancer patient, a family caregivers, a village health volunteer, 2 healthcare providers, and a community leaders) who were involved in long-term care policies in Patong. The findings lead to the following policy recommendation that to develop the efficiency of palliative care and the quality of life of cancer patients, the CPPC model is comprised of four factors. Firstly, the partnership of the carer network entail three sectors: family, community, and formal healthcare service centers. Secondly, the development of three components to be collaboratively developed and mobilized by the sectors are: (1) cancer fund (2) cancer patient database, and (3) cancer literacy. Thirdly, a tailor-made care plan

is co-developed to meet specific individual needs, to optimize the quality of life of cancer patients. Lastly, palliative care is to be developed into a common community practice for cancer patients. The mobilization of partnership network is significant in the promotion of local policy development for palliative care plans.

Keywords: palliative care; cancer; community participation; participatory action research; healthcare service center