

## การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

The Study of Holistic Palliative Care for Cancer Patients: Participatory Action Research, Patong Healthcare Service Center, Hatyai, Songkhla Province

สุคนธ์ ชัยชนะ<sup>1</sup>, ดิเรก ชัยชนะ<sup>2</sup>, วันจรัส พรหมศิริ<sup>1</sup>, เรวดี รัตนะ<sup>1</sup>, นันทิชา รักษ์วงศ์<sup>1</sup>, ขวัญญา สภาพันธ์<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> กนกสร จำวัก<sup>1</sup>, และรำภาภรณ์ หอมตیب<sup>3</sup>

<sup>1</sup>สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง, อำเภอหาดใหญ่, จังหวัดสงขลา

<sup>2</sup>มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.), อำเภอเมืองขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น

<sup>3</sup>โรงพยาบาลหาดใหญ่, อำเภอหาดใหญ่, จังหวัดสงขลา

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวมในกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)/Caregiver (Cg) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ต.พะตง ทิมวิจัย จำนวน 12 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข Cg ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้นำชุมชน และนักวิจัยภายนอก เพื่อมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของการศึกษาปัญหาพัฒนาเครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์ผล การวิจัยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง 51 ข้อ ด้วยมาตรวัดแบบลิทเคิร์ท และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อเก็บข้อมูลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีระดับสูงกว่ากลุ่ม อสม./Cg และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มอสม./Cg มีระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์และจิตใจในระดับที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว และมีระดับการปฏิบัติการดูแลสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบ กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวและกลุ่มอสม./Cg มีระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมกลุ่มผู้ดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงเสริมพลังกลุ่มอสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ** การดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบประคับประคอง การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรคมะเร็ง

The Study of Holistic Palliative Care for Cancer Patients: Participatory Action Research, Patong Healthcare Service Center, Hatyai, Songkhla Province

Sokhon Chaichana<sup>1</sup>, Direk Chaichana<sup>2</sup>, Wancharas Phromsiri<sup>1</sup>, Rewadee Rattana<sup>1</sup>, Nanthicha Rakwong<sup>1</sup>, Khunnapha Spaphan<sup>1</sup>, Kanoksorn Chawong<sup>1</sup>, and Rampaporn Homteeb<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Patong Healthcare Service Center, Hatyai District, Songkhla Province

<sup>2</sup>Compassionate Communities Research and Development Institution Foundation, Khon Kaen Province

<sup>3</sup>Hatyai Hospital, Songkhla Province

## Abstract

This Participatory Action Research (PAR) is aimed to study an action of holistic palliative care for cancer patients of health volunteers/caregivers (Cg), family caregivers and healthcare staff of Patong Healthcare Service Station. Twelve research participants included healthcare staff, caregivers, cancer patients, family caregivers, community leaders, and researchers. The PAR process involved problem identification, questionnaire development, data collection, analysis, and synthesis. The questionnaire of 51 items based on Likert-type scales and participant observation were used for the data collection in the holistic approach (physical, psychological, social/environmental, and spiritual aspects) in palliative care. The finding revealed that the overall mean scores in physical, psychological, social and environmental and spiritual aspects of care of family caregivers were significantly higher than the other groups. Meanwhile, the scores of four aspects of palliative care of healthcare staff were the lowest. Comparatively, the village health volunteers/caregivers performed psychological care and social/environmental care better than healthcare staff with a statistical significance. The findings lead to the following policy recommendations for the Patong Healthcare Service: (1) developing the training program for palliative caregivers, (2) promoting and empowering family caregivers to participate in developing the quality of community-based palliative care to be more efficient.

**Keywords:** holistic approach, palliative care, participatory action research, cancer      บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประเทศไทยมาตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี นับจากปีพ.ศ. 2542 (กรมการแพทย์, 2565) และตามสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 140,000 คน หรือ 400 คน/วัน ดังนั้นแผนป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนดำเนินการ 6 ด้าน และการดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักในการดูแล ป้องกัน และบรรเทาทุกข์ทรมานต่างๆ จากภาวะโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมของกรมอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ประกาศให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชน (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562; กรมการแพทย์, 2562; WHO, 2021)

ในปัจจุบันสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา (สอน.พะตง) มีผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ 41 ราย และมีผู้ป่วยบางรายที่ทางโรงพยาบาลวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งถูกส่งตัวกลับบ้าน เพื่อรับการติดตามและการดูแลแบบประคับประคองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์เพื่อติดตามดูแลด้านยาบรรเทาอาการปวดทางกาย และการดูแลจิตใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองจะเป็นเพียงกลุ่มติดตามดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือ Caregiver (Cg) ที่ได้ผ่านหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2556) และทำงานร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตลอดเวลา กล่าวได้ว่า การดูแลผู้ป่วยในบริบทชุมชนไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีภาคครอบครัวและภาคชุมชนเกี่ยวข้องอย่างมาก ดังนั้นประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้องประสานจากทุกภาคส่วน รวมถึงทักษะความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวมของ

กลุ่มผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg. และผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พัฒนาของโรคมะเร็งมีความเสี่ยงสูง ภาวะของโรคสร้างความทุกข์ทรมานและความกังวลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง) พบว่าไม่มีหัวข้อเนื้อหาการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเนื้อหาในหัวข้อแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทักษะการช่วยผู้สูงอายุ (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) นอกจากนี้ จากการศึกษาแนวโน้มการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยภักดี, 2560) พบว่าไม่มีวิชาการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุหรือการพยาบาลพื้นฐาน ดังนั้นทีมวิจัยได้เห็นถึงปัญหาของการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน และเห็นความสำคัญการดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแล (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg และกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว) รวมถึงต้องการพัฒนาประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนพะตง ทีมวิจัยจึงได้ศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับกลุ่มผู้ดูแลในการดูแลแบบประคับประคอง แบบองค์รวม รวมถึงเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง เพื่อส่งเสริมและเสริมพลังกลุ่มอสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชน

## วัตถุประสงค์ และวิธีการ

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนระดับจังหวัดของจังหวัดสงขลาเลขที่ 12/2566 เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่เผยแพร่จะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กระทบต่อการดูแล

### ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิด (1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis R. ซึ่งมี 4 ขั้นตอน (วรรณดี สุทธิรักษา, 2556) ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observe) และการสะท้อนผล (reflection) (2) แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่ดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างองค์รวม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ และ (3) แนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล (circles of care) ของ Abel J. และคณะ (2013) ที่เสนอแนวทางการพัฒนาชุมชนแห่งการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมียุทธศาสตร์อื่นๆ 5 ขั้นตอน (เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, 2565) แนวคิดนี้ผู้วิจัยใช้กำหนดสมาชิกร่วมทีมวิจัย ดังนั้นการดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเสนอ 4 ขั้นตอน ตามลำดับดังนี้

### ขั้นที่ 1. การวางแผนการศึกษาข้อมูล ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง 41 รายในพื้นที่ชุมชนพะตง และผู้ดูแลที่รับผิดชอบผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 34 รายที่ทางทีมวิจัยสามารถติดตามเก็บข้อมูลได้ ส่วนกรณีที่เหลือไม่ประสงค์จะร่วมวิจัย

1.2 สร้างทีมวิจัย ได้นำแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลของ Abel J. และคณะ (2013) เสนอว่าแนวทางการพัฒนาชุมชนแห่งการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมียุทธศาสตร์อื่นๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ชั้นเครือข่ายวงใน ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ขั้นที่ 2 ชั้นผู้ดูแลวงนอก ได้แก่ญาติหรือเพื่อนผู้ป่วย ขั้นที่ 3 ชั้นชุมชน ได้แก่ อสม. Cg กลุ่ม ต่างๆใน

ชุมชน ชั้นที่ 4 องค์กรบริการสุขภาพ และชั้นที่ 5 องค์กรที่กำหนดด้านนโยบาย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยมี 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะอาการสงบ 1 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 1 คน Cg 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และนักวิจัยจากภายนอก 1 คน โดยเงื่อนไขการคัดเลือกเข้าทีมวิจัยคือ เป็นผู้มีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือมีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน รวมถึงเป็นผู้ที่เต็มใจและสามารถร่วมกระบวนการวิจัยตลอดโครงการ

1.3 ระบุกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่พะตง (ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 34 ราย) ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg ที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลพะตง

## ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และการเก็บข้อมูล

2.1 การพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทีมวิจัยได้นำแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง (สุณี เวชประสิทธิ์, 2562) มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม มีทั้งหมด 51 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย คำถามการดูแลด้านร่างกาย 13 ข้อ ด้านอารมณ์/จิตใจ 13 ข้อ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 13 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 12 ข้อ และใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) ซึ่งมี 5 ระดับให้เลือกตอบ “5” หมายถึงมากที่สุด และ “1” หมายถึงน้อยที่สุด สำหรับเลือกตอบ ทั้งนี้แบบประเมินได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item-objectives congruency: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการวิจัยสาธารณสุขชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และผู้เชี่ยวชาญจากมูลนิธิสถาบันการวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา ทั้งนี้เกณฑ์ยอมรับคือ IOC มากกว่า 0.5 ผลการตรวจสอบแบบประเมิน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC = 1.00 ส่วนที่ 2 คำถามการประเมินปฏิบัติการดูแล 51 ข้อ ได้ค่า IOC = 0.67 - 1.00 กล่าวได้ว่าแบบประเมินสามารถยอมรับได้ และนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

2.2 การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยทีมวิจัย โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสำรวจการปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 34 รายในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg ที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ติดตามดูแลอาการผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็ง 1 รายจะมีการเก็บข้อมูลจากสามกลุ่มตัวอย่างด้านข้างต้น ทั้งนี้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่จะเป็นทั้งสมาชิกทีมวิจัยและผู้ตอบแบบประเมิน แต่ผู้ดูแลหลักในครอบครัวและอสม./Cg จะไม่ใช่กลุ่มเดียวกับสมาชิกทีมวิจัย

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสังเคราะห์เนื้อหาด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัว รวมถึงการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชน

3.1 การสังเกตผลการเก็บข้อมูล โดยทั่วไปใช้การตรวจสอบสามเส้า (สุรางค์ จันทวานิช, 2557) (triangulation) เช่น การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย ด้านทฤษฎี หรือด้านวิธีรวบรวมข้อมูล เป็นต้น สำหรับการวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่มาจากแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง การรวบรวมเอกสารจากสถานีอนามัยฯ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกของทีมวิจัยเมื่อลงเก็บข้อมูล รวมถึงใช้การเก็บข้อมูลจากสามกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแต่ละเคส นอกจากนี้ ใช้การประชุมทีมวิจัยเพื่อตรวจสอบข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูล ว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ก่อนนำไปวิเคราะห์ผล

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผลการตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าข้อมูลกระจายแบบไม่ปกติการวิเคราะห์จึงใช้การวิเคราะห์แบบ Nonparametric ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ Median-test (ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์, 2562) เพื่อการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม

3.3 การสังเคราะห์ ใช้การประชุมที่วิจัยร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์โครงสร้างเนื้อหาการเรียนรู้เพื่อการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมให้กับกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่ม อสม./Cg และกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว รวมถึงกำหนดแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบนฐานชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**ขั้นที่ 4 การสะท้อน** คือการประชุมกลุ่มเพื่อเสนอผลการวิจัยให้กับทีมวิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้สนใจ เพื่อร่วมสะท้อนข้อค้นพบและให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ดูแล และคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชน

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ตำบลพะตง

ผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่พะตงมี 41 ราย แต่มี 34 ราย ที่ประสงค์รวมการวิจัยได้ ทีมวิจัยได้เก็บข้อมูลจาก ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 29 คน อสม./Cg 24 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 21 คน ดังตารางที่ 1 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง 34 ราย มีร้อยละ 85.29 ที่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัว ร้อยละ 70.59 ที่มีอสม./Cg ติดตามเยี่ยมบ้าน และมีผู้ป่วยร้อยละ 61.76 ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตาม กล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่ไม่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และร้อยละ 30 - 40 ที่เข้าไม่ถึงการดูแลสุขภาพจาก อสม./Cg และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน จากการประชุมที่วิจัยพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมะเร็งเข้าไม่ถึงการบริการเนื่องจาก (1) ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูลเวชทะเบียนของสถานีอนามัยฯ (2) อสม./Cg มีข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วย และ (3) ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยว่าเป็นมะเร็งให้ผู้อื่นทราบ

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวแปร		ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10	29.41
	หญิง	24	70.59
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	1	2.94
	20 - 35 ปี	1	2.94
	26 - 50 ปี	7	20.58
	51 - 65 ปี	16	47.07
	65 ปี ขึ้นไป	9	26.48
ชนิดของโรคมะเร็ง	มะเร็งเต้านม	15	44.12
	มะเร็งลำไส้	6	17.65
	มะเร็งปากมดลูก	4	11.75
	มะเร็งรังไข่	2	5.88
	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	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	29.41
	ระยะสอง	6	17.65

	ระยะสาม	11	32.35
	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
การได้รับการดูแลจาก กลุ่มผู้ดูแลในชุมชน	มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวดูแลผู้ป่วย	29	85.29
	มีอสม./Cg ติดตามดูแลผู้ป่วย	24	70.59
	มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ติดตามดูแลผู้ป่วย	21	61.76

## 2. ผลการศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวม

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเป็นกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว (n=29) กลุ่มอสม./Cg (n=20) และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=21) ผลการศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ แสดงผลดังตารางที่ 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกาย

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง ด้านร่างกาย	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	ผู้ดูแลหลัก	อสม./Cg	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
P1 ท่านประเมินอาการปวด เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนบรรเทาอาการเจ็บปวด	3.30 (1.31)	2.33 (1.09)	2.14 (1.19)
P2 ท่านประเมินอาการหายใจหอบเหนื่อย	3.18 (1.10)	2.48 (1.16)	2.10 (1.22)
P3 ท่านประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน	3.06 (1.39)	2.33 (1.12)	2.10 (1.26)
P4 ท่านประเมินการดูแลสุขอนามัยในช่องปาก	3.13 (1.38)	2.17 (1.12)	2.10 (1.26)
P5 ท่านประเมินอาการท้องผูก	3.24 (1.17)	2.42 (1.21)	2.10 (1.26)
P6 แนะนำอาหาร ดื่มน้ำและกระตุ้นให้เคลื่อนไหว เพื่อบรรเทาอาการท้องผูก	3.30 (1.13)	2.67 (1.12)	2.24 (1.33)
P7 ท่านประเมินอาการเบื่ออาหาร	3.28 (1.19)	2.29 (1.08)	2.14 (1.31)
P8 หากผู้ป่วยเบื่ออาหารท่านดูแลการปรับอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานได้	3.36 (1.14)	2.33 (1.09)	2.10 (1.26)
P9 ท่านประเมินอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า	3.53 (1.11)	2.96 (1.16)	2.14 (1.32)
P10 ท่านส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน	3.58 (1.17)	2.96 (1.12)	2.14 (1.38)
P11 ท่านดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความสุขสบาย	3.91 (1.12)	2.88 (1.22)	2.14 (1.39)
P12 ท่านช่วยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอนที่สบาย	3.39 (1.25)	2.08 (1.14)	2.14 (1.38)
P13 ท่านปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย	3.79 (1.17)	2.88 (1.19)	2.24 (1.44)
<b>ค่าเฉลี่ย (Mean)/ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)</b>	<b>3.36 (0.94)</b>	<b>2.58 (0.91)</b>	<b>2.24 (1.27)</b>
<b>ค่ามัธยฐาน (Median)</b>	<b>3.69</b>	<b>2.23</b>	<b>1.14</b>
<b>สรุปจากค่า Median</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>น้อย</b>	<b>น้อย</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า การปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับกลาง ในช่วง 3.06 – 3.79 ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าสูงกว่ากลุ่มอสม./Cg และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานพบว่า กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีการปฏิบัติการดูแลด้านร่างกาย (Median = 3.69) ที่สูงกว่ากลุ่มอสม./Cg (Median = 2.23) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Median = 1.14) ซึ่งน้อย



ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของดูแลแบบประคับประคองด้านอารมณ์/จิตใจ

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง ด้านอารมณ์และจิตใจ	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	ผู้ดูแลหลัก	อสม/Cg	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
Ps1 ท่านประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยตามระยะต่างๆ เช่น ปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง ซึมเศร้า และยอมรับ	3.12 (1.11)	2.96 (0.96)	2.10 (1.26)
Ps2 ท่านสนทนาและดูแลผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจไม่ปกติในระยะต่างๆ	3.33 (1.24)	2.83 (0.96)	2.05 (1.20)
Ps3 ท่านให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อรับรู้ข่าวร้ายเรื่องการวินิจฉัยโรค	3.85 (1.12)	3.50 (1.02)	2.19 (1.43)
Ps4 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ความกังวลใจเสมอ/	3.55 (1.17)	3.25 (1.03)	2.19 (1.44)
Ps5 ท่านยินดีรับฟังทั้งความสุขและความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ	3.82 (1.01)	3.38 (1.13)	2.14 (1.35)
Ps6 ท่านยอมรับในพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย	3.79 (1.08)	3.25 (1.19)	2.05 (1.32)
Ps7 ท่านให้อภัยในอารมณ์โกรธหรือก้าวร้าวของผู้ป่วย	3.76 (1.09)	3.38 (1.06)	1.95 (1.35)
Ps8 ท่านอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์	3.85 (1.15)	3.33 (1.01)	1.86 (1.01)
Ps9 ท่านยินดีตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย	3.58 (1.12)	3.54 (1.06)	2.29 (1.52)
Ps10 ท่านพูดเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความหวังที่เป็นไปได้	4.00 (1.03)	3.50 (1.18)	2.14 (1.35)
Ps11 ท่านชวนผู้ป่วยสนทนาถึงความทรงจำที่ดีความสำเร็จในชีวิต/	3.56 (1.16)	3.29 (1.16)	2.05 (1.20)
Ps12 ท่านให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง	3.79 (0.96)	3.04 (1.04)	2.19 (1.36)
Ps13 ท่านเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุยแผนรักษากับแพทย์	3.76 (0.97)	3.04 (1.04)	2.19 (1.40)
<b>ค่าเฉลี่ย (Mean)/ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)</b>	<b>3.67 (0.94)</b>	<b>3.25 (0.94)</b>	<b>2.11 (1.29)</b>
<b>ค่ามัธยฐาน (Median)</b>	<b>3.81</b>	<b>3.27</b>	<b>1.00</b>
<b>สรุปจากค่า Median</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>น้อยมาก</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยในช่วง 3.12 - 4.00 และกลุ่มอสม./Cg มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.83 - 3.54 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ช่วง 1.86 - 2.29 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานพบว่า กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีการปฏิบัติการดูแลด้านร่างกาย (Median = 3.81) ที่สูงกว่ากลุ่มอสม./Cg (Median = 3.27) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Median = 1.00) ซึ่งมีระดับน้อยที่สุด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	ผู้ดูแลหลัก	อสม/Cg	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
SE1 ท่านสังเกตความต้องการสื่อสารของผู้ป่วยกับคนในครอบครัว	3.42 (1.19)	3.04 (1.08)	2.05 (1.28)
SE2 ท่านอธิบายประโยชน์การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติ	3.16 (1.19)	2.83 (1.01)	2.14 (1.42)
SE3 ท่านดูแลเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยและให้ความสำคัญแก่ญาติเข้าเยี่ยม	3.27 (1.28)	2.21 (1.06)	1.95 (1.32)
SE4 ท่านแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ	3.33 (1.08)	2.83 (1.17)	2.24 (1.48)
SE5 ท่านช่วยติดต่อญาติมิตรเมื่อผู้ป่วยต้องการพบ	3.22 (1.28)	2.08 (0.78)	2.00 (1.37)
SE6 ท่านการดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยก่อนเสมอ	3.53 (1.16)	3.13 (1.26)	2.24 (1.44)
SE7 ท่านแนะนำให้ผู้ป่วย/ญาติถามข้อมูลโรคและการรักษาจากแพทย์	3.61 (0.96)	3.00 (1.32)	2.24 (1.48)
SE8 ท่านช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและญาติ	3.55 (1.09)	3.17 (1.13)	2.14 (1.49)
SE9 ท่านช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษา	3.61 (1.08)	2.83 (0.87)	2.29 (1.55)
SE10 ท่านให้โอกาสผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความกลัว	3.45 (1.12)	3.33 (1.40)	2.00 (1.30)
SE11 ท่านช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย สะดวก และปลอดภัย	3.72 (1.08)	2.46 (1.06)	2.19 (1.40)
SE12 ท่านรับฟังผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาทางการเงิน	3.55 (1.15)	2.50 (1.22)	1.71 (1.00)
SE13 ท่านประสานกับเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.23 (1.43)	2.92 (1.18)	2.33 (1.59)
<b>ค่าเฉลี่ย (Mean) /ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)</b>	<b>3.46 (1.04)</b>	<b>2.96 (1.29)</b>	<b>2.12 (1.35)</b>
<b>ค่ามัธยฐาน (Median)</b>	<b>3.62</b>	<b>3.04</b>	<b>1.00</b>
<b>สรุปจากค่า Median</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>น้อย</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางในช่วง 3.16 - 3.72 ซึ่งส่วนใหญ่สูงกว่ากลุ่มอสม./Cg และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐาน พบว่าการดูแลด้านร่างกายของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมี และกลุ่มอสม./Cg อยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติที่สูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Median = 1.00) ซึ่งน้อยที่สุด

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของดูแลด้านจิตวิญญาณ

ตัวแปรสังเกตของการปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคอง “ด้านจิตวิญญาณ”	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	ผู้ดูแลหลัก	อสม./Cg	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
Sp1 ท่านยินดีพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเรื่องธรรมชาติของชีวิต	3.48 (1.06)	3.04 (1.23)	2.05 (1.28)
Sp2 ท่านชวนผู้ป่วยคุณเพื่อค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย	3.52 (1.06)	2.71 (1.23)	2.05 (1.28)
Sp3 ท่านยินดีพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องศรัทธา ความเชื่อ	3.27 (1.15)	2.79 (1.06)	2.14 (1.38)
Sp4 ท่านอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามความเชื่อ	3.39 (1.17)	2.92 (1.18)	2.14 (1.39)
Sp5 ท่านเคารพในการปฏิบัติตามความเชื่อของผู้ป่วย	3.64 (1.11)	3.08 (1.06)	2.19 (1.43)
Sp6 ท่านเปิดเพลงบรรเลงหรือเทพธรรมะให้ผู้ป่วยตามความต้องการ	2.85 (1.39)	2.17 (0.92)	1.76 (1.09)
Sp7 ท่านยินดีนั่งเป็นเพื่อนในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว	3.67 (1.14)	2.96 (1.16)	1.76 (0.99)
Sp8 ท่านช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์เรื่องที่ค้างคาภายในจิตใจ	3.61 (1.09)	3.00 (1.23)	1.95 (1.07)
Sp9 ท่านยินดีเป็นสื่อกลางเพื่อให้ผู้ป่วยได้ขออโหสิกรรมแก่ญาติ	3.32 (1.28)	2.55 (1.18)	1.68 (1.20)
Sp10 ท่านเตือนให้ผู้ป่วยระลึกสิ่งที่ติดตาม/พระเจ้าช่วงผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ	3.24 (1.45)	3.00 (1.41)	1.79 (1.39)
Sp11 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านปฏิบัติต่อร่างกายผู้ที่เสียชีวิตด้วยความเคารพ	3.57 (1.54)	3.38 (1.40)	1.89 (1.56)
Sp12 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านให้กำลังใจและดูแลจิตใจญาติ	3.52 (1.50)	3.48 (1.77)	1.89 (1.56)
<b>ค่าเฉลี่ย (Mean)/ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)</b>	<b>3.56 (1.13)</b>	<b>2.98 (1.05)</b>	<b>1.98 (1.25)</b>
<b>ค่ามัธยฐาน (Median)</b>	<b>4.00</b>	<b>3.33</b>	<b>1.00</b>
<b>สรุปจากค่า Median</b>	<b>มาก</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>น้อย</b>

ตามตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางในช่วง 2.85 - 3.64 ซึ่งส่วนใหญ่สูงกว่ากลุ่มอสม./Cg (2.17 - 3.48) และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (1.68 - 2.19) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานพบว่า การปฏิบัติกรดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Median = 4.00) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มอสม./Cg (Median = 3.33) อยู่ในระดับปานกลาง แต่ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติกรดูแลด้านจิตวิญญาณที่สูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Median = 1.00)

จากตารางที่ 2 - 5 ได้แสดงผลการปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมทั้งสี่ด้านของแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพรวมของการปฏิบัติกรดูแลแบบองค์รวมของแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยได้นำค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน มาเปรียบเทียบกับตารางที่ 6 พบว่า การปฏิบัติกรดูแลแบบองค์รวมของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับน้อยที่สุด ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวและกลุ่มอสม./Cg มีระดับการปฏิบัติกรดูแลอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 6 สรุปภาพรวมการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวม

การดูแลแบบองค์รวม	กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย(ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		สรุปผลจากค่ามัธยฐาน
		Mean (SD.)	Median	
ด้านร่างกาย	ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	3.36 (0.94)	3.69	ปานกลาง
	อสม./Cg	2.88 (0.91)	2.23	น้อย
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.24 (1.27)	1.14	น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์และจิตใจ	ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	3.67 (0.94)	3.81	ปานกลาง
	อสม./Cg	3.25 (0.94)	3.27	ปานกลาง
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.11 (1.29)	1.00	น้อยที่สุด
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	3.46 (1.04)	3.62	ปานกลาง
	อสม./Cg	2.96 (1.29)	3.04	ปานกลาง
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.12 (1.35)	1.00	น้อยที่สุด



ด้านจิตวิญญาณ	ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	3.56	(1.13)	4.00	มาก
	อสม./Cg	2.98	(1.05)	3.33	ปานกลาง
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.98	(1.25)	1.00	น้อยที่สุด

นอกจากนี้ เพื่อความแตกต่างระหว่างกลุ่มในแต่ละตัวแปรการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคององค์รวม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าข้อมูลไม่ได้แจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้วิเคราะห์แบบ Nonparametric test ด้วยวิธี Independent - Sample Median Test แล้วใช้การวิเคราะห์ Pairwise Comparisons เพื่อความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงตามตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีการปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมในทุกด้านในระดับที่มากกว่ากลุ่มอสม./Cg และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 กลุ่มอสม./Cg มีการปฏิบัติดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่ต่างจากกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวและกลุ่มอสม./Cg และมีระดับที่มากกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับการปฏิบัติการดูแลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวและอสม./Cg มีการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับสูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons ของตัวแปรการปฏิบัติการดูแลเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	Test Statistic	Sig.	สรุป
ด้านร่างกาย (Physical)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม./Cg	0.382	0.537	ไม่ต่างกัน
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	5.476	0.019*	ต่างกัน
	อสม./Cg - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	6.68	0.010*	ต่างกัน
ด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม./Cg	5.472	0.019*	ต่างกัน
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	9.662	0.002*	ต่างกัน
	อสม./Cg - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	2.896	0.089	ไม่ต่างกัน
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social/Environmental)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม./Cg	1.162	0.281	ไม่ต่างกัน
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	7.177	0.007*	ต่างกัน
	อสม./Cg - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	1.646	0.200	ไม่ต่างกัน
ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม./Cg	5.867	0.015*	ต่างกัน
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	8.120	0.004*	ต่างกัน
	อสม./Cg - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	5.512	0.019*	ต่างกัน

\*p=0.05

### 3. แนวทางการพัฒนาผู้ดูแลแบบองค์รวม และการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชน

จากการประชุมกลุ่มสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคององค์รวมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มอสม./Cg และกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว และแนวทางการยกระดับประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองบนฐานของชุมชน เป็นดังนี้

#### 3.1 แนวทางการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคององค์รวมสำหรับผู้ดูแล

(ก) การดูแล “ด้านร่างกาย” เนื้อหาควรเพิ่มเติมในประเด็น การส่งเสริมและการดูแลด้านความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง การช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลสุขอนามัยช่องปากของผู้ป่วย

(ข) การดูแล “ด้านอารมณ์และจิตใจ” เนื้อหาที่ควรเพิ่มเติมในประเด็นทักษะการรับฟัง การฟังด้วยใจโดยไม่ตัดสิน ทักษะการรับฟังความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงทักษะการรับฟังความรู้สึกของตนเอง นอกจากนี้ ทักษะการดูแลความสุขเสถียรของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

(ค) การดูแล “ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม” เนื้อหาควรเพิ่มในประเด็นการพัฒนาทักษะการสังเกตและการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทุกมิติ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักและญาติ รวมถึงการสังเกตสภาพแวดล้อมและห้องพักของผู้ป่วยว่าเอื้อต่อการพักรักษาตัวหรือไม่

(ง) การดูแล “ด้านจิตวิญญาณ” เนื้อหาควรเพิ่มในด้านทัศนคติต่อการตาย ความตายและการเตรียมตัวตายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลวางท่าทีที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยและช่วงวิกฤต รวมถึงการพัฒนาความเปิดกว้าง การใส่ใจ และความกรุณา ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สื่อสารความทุกข์ ความรู้สึก หรือความต้องการได้

(จ) สร้างกลุ่มดูแลผู้ดูแล เพื่อรับฟัง เยียวยา การเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแล

### 3.2 แนวทางการส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชน

(ก) พัฒนา “แบบเยี่ยมบ้าน” เพื่อใช้แนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวมสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มอสม./Cg

(ข) กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีความสำคัญต่อการยกระดับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบนฐานชุมชน ดังนั้นควรมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพทักษะความรู้การดูแลแบบประคับประคอง และทักษะการดูแลจิตใจตนเองให้กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว

(ค) กลุ่มอสม./Cg เป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งเป็นบุคลากรที่มีทักษะและความรู้เบื้องต้นในการดูแล ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพทักษะการรับฟัง และการเสริมพลังความมั่นใจให้กลุ่มอสม./Cg ให้มีส่วนร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญของการยกระดับคุณภาพและการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชน

(ง) สร้างทีมลงเยี่ยมผู้ป่วยที่มาจากสหวิชาชีพโดยนำเครือข่าย อสม./Cg ผู้นำชุมชน กำนัน นายกอบต. ผู้เชี่ยวชาญ และหน่วยงานเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อลงเยี่ยมผู้ป่วย การลงเยี่ยมผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพช่วยให้ทุกฝ่ายเห็นปัญหาของผู้ป่วยและใช้ศักยภาพและทรัพยากรมาร่วมจัดการปัญหาได้

### การอภิปรายผล

สำหรับการอภิปรายผลผู้วิจัยขอเสนอ 3 ประเด็นดังนี้ (1) การปฏิบัติการของผู้ดูแล (2) เนื้อหาโปรแกรมการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแล และ (3) การส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชน โดยอภิปรายตามลำดับดังนี้

**ประเด็นแรก การปฏิบัติการของผู้ดูแล** จากผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมการปฏิบัติการดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับการปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมต่ำในทุกด้าน การปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมของกลุ่มอสม./Cg อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก หนึ่งในปัญหาของการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ เน้นไปที่ตัวชี้วัด และฐานคิดแบบแยกส่วน (อุทิศ จิตเงิน และคณะ, 2550) ดังเห็นได้จากงานวิจัยนี้ที่พบว่า การลงเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เน้นไปที่การประเมินผู้ป่วยตามตัวชี้วัดอย่างมีประสิทธิภาพแต่ก็ละเลยด้านจิตใจในการรับฟังและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นคุณภาพของการดูแล ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทางกายในระดับปานกลางและการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณในระดับต่ำ (พิชชานันท์ ชนะผล และคณะ, 2562; Iranmanesh et al., 2013) สำหรับกลุ่มอสม./Cg มีการปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณระดับปานกลางแต่ก็สูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากกลุ่มอสม./Cg มีความใกล้ชิดและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเหมือนญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชนเดียวกัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มอสม./Cg มีการปฏิบัติด้านร่างกายที่น้อยซึ่งมาจากความไม่มั่นใจในทักษะความรู้ของตนเอง และต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเป็นพี่เลี้ยงเมื่อลงเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาการทำงานของ อสม. ที่มีข้อค้นพบว่า อสม. มักรู้สึกไม่มั่นใจและขาดความรู้ จึงต้องการการทบทวนทักษะความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการอบรมสม่ำเสมอ (แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, 2561; วริศรา ลูวีระและคณะ, 2556) สำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบว่ามีการปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณที่อยู่ใน

ระดับสูง จึงเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพมากเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและเผชิญปัญหาอยู่ตลอดเวลาจึงได้สะสมความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีโอกาสรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและพูดคุยเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตเพื่อดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์พินิต ภาศรี และคณะ (2558) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยประมาณร้อยละ 54 มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างเปิดเผย และร้อยละ 39 มีการพูดคุยบ้าง อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวได้สะท้อนถึงปัญหาตนเองจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานและการเผชิญอารมณ์ไม่แน่นอนของผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักต้องการได้รับการดูแลจิตใจเช่นเดียวกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีประสิทธิภาพจึงไม่เพียงแต่ดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมเท่านั้นแต่รวมถึงการดูแลผู้ดูแลให้มีสุขภาพกายและใจที่พร้อมรับทุกสถานการณ์เช่นเดียวกัน

**ประเด็นที่สอง เนื้อหาโปรแกรมการพัฒนากลุ่มผู้ดูแล** เพื่อพัฒนากลุ่มผู้ดูแลให้มีทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม งานวิจัยได้เสนอเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นต้องเพิ่มเติมสำหรับการฝึกอบรมกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ทักษะการฟังด้วยใจ ทักษะการรับฟังความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย ทักษะการดูแลความสูญเสียขอครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ทักษะการสื่อสารด้วยความกรุณา ทักษะการสังเกต ทักษะการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในทุกมิติ เนื้อหาของโปรแกรมการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลนี้สอดคล้องกับข้อเสนอจากงานวิจัยของ ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยกิตติ (2560) ที่เสนอโครงสร้างของกระบวนการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลแบบประคับประคอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยและครอบครัวที่สาระความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ด้านสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวกับการรักษาคุณภาพชีวิตทุกมิติของผู้ป่วย และด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ที่เกี่ยวกับความเข้าใจอย่างถูกต้องต่อสุขภาพของครอบครัว อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยข้างต้นในประเด็นที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านทัศนคติ ทักษะ หรือมุมมองต่อการตาย ความตาย และการเตรียมตัวตายของผู้ดูแล รวมถึงการส่งเสริมให้มีการดูแลกลุ่มผู้ดูแลเพื่อการเรียนรู้และเติบโตภายในของกลุ่มผู้ดูแลไปพร้อมกัน สำหรับการพัฒนาการดูแลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ดิเรก ชัยชนะและคณะ (2566) ได้เสนอว่าการเรียนรู้บนฐานศิลปะเป็นอีกหนึ่งกระบวนการสำคัญของการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขให้เข้าใจและสังเกตความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในครอบครัวและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติ

**ประเด็นที่สาม การส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชน** ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้นอกจากนำมาใช้พัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ดูแลแล้ว ยังใช้เป็นข้อเสนอแนะในการยกระดับการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชนของสอน.พะตง กล่าวคือการเสริมพลังกลุ่ม อสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัวให้มีบทบาทและศักยภาพมากขึ้นมา โดยร่วมสร้างกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ดูแลเพื่อพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัย (รัตนภรณ์ รักชาติ และคณะ, 2566) ที่เสนอว่าการมีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็ง และการเสริมความรู้ให้ทันสมัยเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายบนฐานชุมชน นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตการมีทีมสหวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมผู้ป่วยช่วยให้การดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2560) การส่งเสริมให้ภาคส่วนต่างๆในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองมี 4 ระดับ (Suresh K. and Jairam, R., 2022) ได้แก่ ชุมชนรับข่าวสาร (community-oriented) ชุมชนเป็นฐาน (community-based) จัดการโดยชุมชน (community-managed) และชุมชนเป็นเจ้าของ (community-owned) สำหรับงานวิจัยนี้ยังอยู่ในช่วงการพัฒนาชุมชนเป็นฐานที่ชุมชนได้รับคำแนะนำและมีส่วนร่วมปรับปรุงการเข้าถึงการบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ การพัฒนาไประดับอื่นยังต้องมีการวิจัยต่อไป อย่างไรก็ตามแนวทางส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชนของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (United Nations, 2015) ในเป้าหมายที่ 3 คือการสร้างหลักประกันว่าคนมีสุขภาพดีที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนทุกวัย และเป้าหมายที่ 10 คือการลดความไม่เสมอภาคของการบริการสุขภาพ และเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม

## บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางด้านร่างกายถือเป็นสิ่งสำคัญ แต่สิ่งที่ละเลยไม่ได้เช่นกันคือการดูแลสุขภาพใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านสภาวะที่ยากลำบากไปได้ นอกจากนี้ การดูแลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ญาติ รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะยิ่งช่วยเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมเหล่านี้เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับคุณภาพของผู้ดูแล รวมถึงศักยภาพของชุมชนที่หน่วยต่างๆ ในชุมชนมีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน สำหรับงานวิจัยนี้พบว่า กลุ่มผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ Caregivers (Cg) และกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างองค์รวม และภายใต้สถานการณ์ที่สังคมประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยนั้น การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้มีความสำคัญอย่างเร่งด่วน ทั้งจะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนให้เป็นฐานของการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือการเก็บข้อมูลซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดไวรัสโควิด 19 ทำให้การลงพื้นที่ไม่สม่ำเสมอตามแผน และไม่สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม นอกจากนี้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปเช่น การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลแบบองค์รวมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg และผู้ดูแลหลักในครอบครัว หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับการดูแลแบบประคับประคองบนฐานชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา [มสชก.] และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.] ทั้งนี้นงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากการทำงานของรชณี บุญสกันท์, ขนิษฐา กลับกลาย, สวน พุทธแก้ว, สมเกียรติ กลับกลาย และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคน คณะวิจัยขอขอบคุณการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2565). *มะเร็งป้องกันได้ คัดกรองเร็ว รู้เร็ว รักษาง่าย*. สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2565. จากแหล่งข้อมูล:

<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/182707>

กรมการแพทย์. (2562). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง พ.ศ. 2562 – 2565*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 7 ธ.ค. 2565. จากแหล่งข้อมูล: [https://www.nci.go.th/th/File\\_download/D\\_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf](https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf)

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สามดีพริ้นติ้งอิกวิปเมท; 2562. หน้า 33 – 42.

ดิเรก ชัยชนะ, สุคนธ์ ชัยชนะ, วันจรัส พรหมศิริ, เรวดี รัตนะ, นันทิชา รักษ์วงศ์, และขวัญญา สภาพันธ์. (2566). การเรียนรู้บนฐานศิลปะสำหรับพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย*. 2(2): 196 - 203.

พิชชานันท์ ชนะผล และคณะ (2562). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3). 61-69

- พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรงระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 57-71.
- รัตนภรณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงศ์ใหญ่, และ ภัทธน์ ไชยพรม. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรงแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*. 4(2): 1-19.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2560). แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *J Royal Thai Army Nurses*. 18(1):22-8.
- วรรณดี สุทธิธารกร. (2556). *การวิจัยปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสร้างสรรค์*. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- วิธรา ลุวีระและคณะ (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 199-204.
- ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์. มารู้จัก Nonparametric กันเถอะ. (2562). *The Liberal Arts Journal, Faculty of Liberal Arts, Mahidol University*, 2(2):1-13.
- แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สุปรียญา สัมพันธ์รัตน์, และจุลจราพร สิ้นสิริ. (2561). ความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(1): 77-89
- สุณี เวชประสิทธิ์, ปุณรดา พวงสมัย และทัศนีย์ ทองประทีป. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1):170-186.
- สุรารค์ จันทวานิช. (2557). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง)*. สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2567. จากแหล่งข้อมูล: [https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/long-term-care/download?id=36340&mid=30026&mkey=m\\_document&lang=th&did=12514](https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/long-term-care/download?id=36340&mid=30026&mkey=m_document&lang=th&did=12514)
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2556). *คู่มืออบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง*. สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2567. จากแหล่งข้อมูล: [http://dn.corewebsite.com/public/dispatch\\_upload/backend/core\\_dispatch\\_227243\\_2.pdf](http://dn.corewebsite.com/public/dispatch_upload/backend/core_dispatch_227243_2.pdf)
- เอกภพ สิทธิวรรณชนะ. (2565). *วงล้อมแห่งการดูแล*. สืบค้นวันที่ 10 พ.ย. 2565. แหล่งข้อมูล: <https://cocofoundationthailand.org/circles-of-care/>
- อุทิศ จิตเงิน, กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, วนิดา วิระกุล. (2550). *สังเคราะห์บทเรียนการทำงานกับชุมชน*. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. นนทบุรี.
- Abel. J., Walter. T., Carey. L. B., Rosenberg. J., Noonan. K., Horsfall. D., Leonard. R., Rumbold. B., and Morris. D. (2013). *Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care?* *BMJ Supportive and amp: amp: Palliative Care*. 3(4). 383. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000359>
- Iranmanesh, S., Razban F., and Tirgari B. (2013). Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care*, 12(3):1-8.

Suresh K. and Jairam K.R. (2022). *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.

United Nations. (2015). *The 17 Sustainable Development Goals*. Retrived June 26, 2022.  
from: <https://sdgs.un.org/goals>

World Health Organization. (2022). *Cancer*. Retrived Nov 4, 2022. from:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization. (2021). *WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care services*. Retrived Nov 5, 2022. from : <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>