

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามร้อยยอด อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

พิชชากร จันทร์กลิ่น

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้แบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม (Posttest-only design with nonequivalent groups) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ วัดผลครั้งเดียวภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยเป็นกลุ่มก่อนการทดลองและกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มละ 15 คน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -26.53 ถึง -19.61) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -47.56 ถึง -26.57) เห็นได้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยนี้ สามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานบริการและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ความพึงพอใจ, คุณภาพชีวิต

Impact of advance care planning on the End-of-Life Care in the inpatient ward, Sam Roi Yod Hospital, Sam Roi Yod District, Prachuap Khiri Khan Province

Pitchakorn Janglin

ABSTRACT

This research is a quasi-experimental research using a posttest-only design with nonequivalent groups to compare satisfaction with services. And compare the quality of life of terminally ill patients before and after using the integrated end-of-life care model. The results were measured once 2 weeks after the planned discharge. Compare before and after the experiment using Independent t-test statistics and compare the difference in mean scores. The sample group totaled 30 people, consisting of a pre-experiment group and a post-experiment group of 15 people each.

The results of the study found that average score of overall nursing service satisfaction between before and after using the integrated end-of-life care model The group before the experiment had different mean scores than after the experiment. Statistically significant (p -value 0.001; 95%CI: -26.53 to -19.61) mean post-discharge quality of life score for overall quality of life. Between before and after using the integrated end-of-life care model, it was found that the pre-experiment group had different mean scores than after the experiment. Statistically significant (p -value 0.001; 95%CI: -47.56 to -26.57) it can be seen that advance care planning affects care at the end of life in this ward. It can increase service satisfaction and improve the quality of life of patients.

Keywords: advance care planning, terminally ill patients, satisfaction, quality of life

บทนำ

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย สถานการณ์ Palliative Care ทั่วโลก (World Health Organization, 2020) องค์การอนามัยโลกระบุตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ Palliative care ทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรค ดังนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.5 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคด้านระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.3 AIDS ร้อยละ 5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.6 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care ด้วยเช่นกัน อาทิ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง พาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสียม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคตี้อยา (World Health Organization, 2020)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care จำนวน 193,748, 200,015 และ 99,923 คน ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 5 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care จำนวน 7,627, 7,334 และ 9,000 คน ตามลำดับ โรงพยาบาลสามร้อยยอดมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุจำนวนมากและเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของโรคเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วย Palliative care ทั้งโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 114, 71 และ 60 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้าน ปี 2563-2566 จำนวนร้อยละ 86, 82, 90 และ 90 ตามลำดับ (Thai COC, 2566) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังพบว่ามีข้อจำกัดของการดูแลแบบ Palliative care คือข้อบังคับที่เข้มงวดในการใช้มอร์ฟีนและกลุ่มยาบรรเทาปวดอื่นๆ สำหรับบรรเทาอาการทรมานก่อนเสียชีวิต อุปสรรคสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care คือความเข้าใจและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่แพทย์ แต่รวมถึงพยาบาล และอาสาสมัครทางการแพทย์ในชุมชน สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care มากขึ้น มาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (noncommunicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น และการเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น สำหรับการดูแลจะเน้นที่องค์รวมทุกมิติสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การบรรเทาอาการทางร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่จะครอบคลุมถึงความต้องการภายในของผู้ป่วย ตลอดจนความทุกข์ของญาติ ผู้ป่วยระหว่างการรักษา และช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบในบ้านที่คุ้นเคยของคนไข้เอง แก่นสำคัญของ Palliative care ต้องยืนอยู่บนฐานของการเคารพในสิทธิมนุษยชนบนฐานสิทธิสุขภาพ (human right to health) และควรเป็นการจัดบริการทางสาธารณสุขผ่านความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2563)

ผู้ป่วยที่ระยะประคับประคองที่เข้ามานอนพักรักษาในโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง และจะต้องได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงสูง ผู้สูงอายุ กลุ่มโรคมะเร็งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผลการดำเนินงานวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมาพบปัญหาผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา การดำเนินการของโรคว่าอยู่ในระยะใดและการปกปิดข้อมูลจากญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้วางแผนการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่

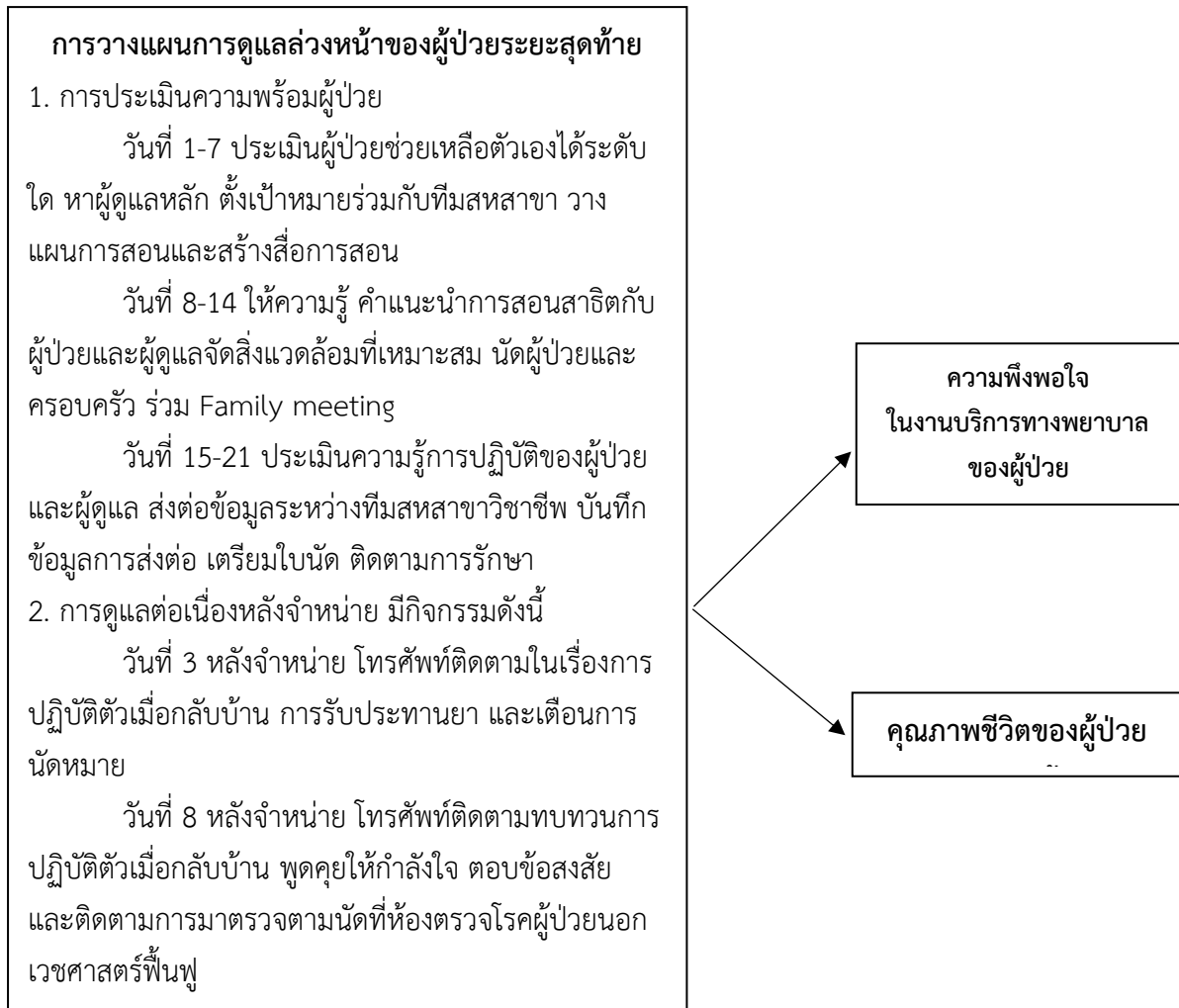
อย่างเหมาะสม รวมทั้งญาติ/ผู้ดูแลผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง ถ้าขาดการเตรียมตัวและการวางแผนที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและผู้ป่วยได้รับการจัดการที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล (การสรุปผลงาน LTC/Palliative care, 2565) นอกจากนี้การมีเวลาในการเตรียมการจำหน่ายสั้นยังทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่มีความพร้อมในการจำหน่าย ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการบริการ ซึ่งคุณภาพการพยาบาลสามารถสะท้อนได้จากความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น (พัชรมน เชื้อนาคะ, 2560)

ผู้วิจัยมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลสามร้อยยอดมาช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมความเป็นองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ในการนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และต่อการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสามร้อยยอดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

กรอบแนวคิด

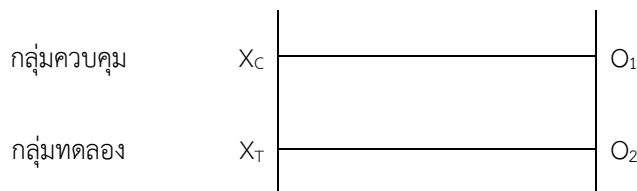


แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ซึ่งมีแผนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย



โดยกำหนดให้

X_c: โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

X_t: โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

O₁: ความพึงพอใจในบริการพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

O₂: ความพึงพอใจในบริการพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผน

จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษา คือ อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย อายุตั้งแต่ 20 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามร้อยยอด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์เข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการเก็บข้อมูลจนได้จำนวนทั้งสิ้น กลุ่มละ 15 คนจนสิ้นสุดการทดลอง และจับคู่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามร้อยยอด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยในทั้งห้องพิเศษ และสามัญ เพื่อให้มีความคล้ายกันมากที่สุด โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงกัน

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .60 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง เพื่อลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burns & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มละ 15 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย แบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย มีเนื้อหา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ แล้วสร้างข้อคำถามโดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ (เพ็ญนภา สมสุขจิระวัฒน์, 2564) ซึ่งวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดของ Davis & Bush (1995) มีทั้งหมด 4 ด้าน 15 ข้อ

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ สถิติไค-สแควร์ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.5 อายุเฉลี่ย 63.57 ปี สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 60 หม้าย ร้อยละ 23.3 และโสด ร้อยละ 16.7 กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.3 ปวช./มัธยมปลาย ร้อยละ 23.3 ประถมศึกษา ร้อยละ 16.7

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.0 รับจ้างร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเกินครึ่งหนึ่งรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.0 และมีรายได้ 10,001 บาท ถึง 30,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 43.3 มีรายได้ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.3 และมีรายได้ เพียงพอมีเงินเก็บ ร้อยละ 23.3 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวม ร้อยละ 86.7 ส่วนจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลครั้งแรก ร้อยละ 83.3 นอนโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ร้อยละ 16.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

เปรียบเทียบความพึงพอใจบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านความสามารถการปฏิบัติงาน เท่ากับ 14.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.08 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านความสามารถการปฏิบัติงาน เท่ากับ 23.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.50 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -9.76 ถึง -7.04)

ด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ เท่ากับ 12.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ เท่ากับ 17.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.35 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -6.88 ถึง -3.92)

ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 9.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.60 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 14.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -5.85 ถึง -4.02)

ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 9.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.55 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 14.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -5.27 ถึง -3.39)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม เท่ากับ 46.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.48 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาล เท่ากับ 69.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -26.53 ถึง -19.61) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ความพึงพอใจในบริการพยาบาล	n	\bar{x}	S.D	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน							
ก่อนการทดลอง	15	14.73	2.08	-8.40	-12.645	-9.76 ถึง -7.04	> .001
หลังการทดลอง	15	23.13	1.50				
ด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ							
ก่อนการทดลอง	15	12.20	1.52	-5.400	-7.461	-6.88 ถึง -3.92	> .001
หลังการทดลอง	15	17.60	2.35				
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร							
ก่อนการทดลอง	15	9.53	1.60	-4.933	-11.380	-5.85 ถึง -4.02	> .001
หลังการทดลอง	15	14.47	0.52				
ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	15	9.87	1.55	-4.333	-9.453	-5.27 ถึง -3.39	> .001
หลังการทดลอง	15	14.20	0.86				
ความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม							
ก่อนการทดลอง	15	46.33	4.48	-23.067	-13.659	-26.53 ถึง -19.61	> .001
หลังการทดลอง	15	69.40	4.76				

Independent T-Test

ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า ก่อนการทดลองมีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลเฉลี่ย 46.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.48 เมื่อจัดระดับพบว่า มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 13.3 หลังการทดลองมีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล เฉลี่ย 69.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อจัดระดับพบว่ามีความพึงพอใจในบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ระดับมาก ร้อยละ 26.7 รายละเอียดดังตารางที่

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
ปานกลาง	13 (86.7)	0 (0.00)
มาก	2 (13.3)	4 (26.7)
มากที่สุด	0 (0.00)	11 (73.3)
$\bar{x} \pm S.D.$	46.33 ± 4.48	69.40 ± 4.76

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 20.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.54 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 30.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.03 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสุขภาพกาย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -13.04 ถึง -7.36)

ด้านจิตใจ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านจิตใจ เท่ากับ 17.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.77 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านจิตใจ เท่ากับ 26.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.76 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านจิตใจ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -11.34 ถึง -6.40)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม เท่ากับ 9.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.81 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม เท่ากับ 13.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001; 95%CI: -11.34 ถึง -6.40)

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 23.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.81 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 35.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.01 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001 ; 95%CI: -14.53 ถึง -7.87)

ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 77.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.99 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 114.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.81 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value >0.001 ; 95%CI: -47.56 ถึง -26.57) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

คุณภาพชีวิต หลังจำหน่าย	n	\bar{x}	S.D	Mean Differ ence	t	95%CI	p - value
ด้านสุขภาพกาย							
ก่อนการทดลอง	15	20.67	3.54	-10.200	-7.362	-13.04 ถึง-7.36	> .001
หลังการทดลอง	15	30.87	4.03				
ด้านจิตใจ							
ก่อนการทดลอง	15	17.67	2.77	-8.867	-7.357	-11.34 ถึง-6.40	> .001
หลังการทดลอง	15	26.53	3.76				
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม							
ก่อนการทดลอง	15	9.13	1.81	-4.133	-6.156	-11.34 ถึง-6.40	> .001
หลังการทดลอง	15	13.27	1.87				
ด้านสิ่งแวดล้อม							
ก่อนการทดลอง	15	23.87	3.81	-4.333	-6.891	-14.53 ถึง-7.87	> .001
หลังการทดลอง	15	35.07	5.01				
คุณภาพชีวิตโดยรวม							
ก่อนการทดลอง	15	77.47	11.99	-11.200	-7.234	-47.56ถึง-26.57	> .001
หลังการทดลอง	15	114.53	15.81				

Independent T-Test

ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่าก่อนการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 77.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.99 เมื่อจัดระดับพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่กลางๆ ร้อยละ 80.0 รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 13.3 และระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 6.7 หลังการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 114.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.81 เมื่อจัดระดับพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ร้อยละ 93.3 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ ร้อยละ 6.7 รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	2 (13.3)	0 (0.0)
คุณภาพชีวิตที่กลางๆ	12 (80.0)	1 (6.7)
คุณภาพชีวิตที่ดี	1 (6.7)	14 (93.3)
$\bar{x} \pm S.D.$	77.47 \pm 11.99	114.53 \pm 15.81

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ (2566), สุริพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ (2564), อรุณ โปธิงาม (2566), อารมย์ พรหมดี และคณะ (2563) และสุยนต์ ลงพิมาย (2566) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยรวม การที่ระดับความพึงพอใจในบริการหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านร่วมกับแนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่าย ที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านได้ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นองค์รวม เตรียมความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยและญาติ เตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการให้ความรู้และฝึกทักษะ มีสื่อการสอนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมโดยการทำ Family meeting ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและเข้าร่วม Team meeting โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้น อรุณ โปธิงาม (2566), อารมย์ พรหมดี และคณะ (2563) และ (อวยพร จงสกุล, 2563)

นอกจากนั้นการมีความชัดเจนของการกำหนดขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย การแจ้งแผนการรักษา รวมทั้งมีคู่มือการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการปฏิบัติตน การได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อ

บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจรีย์ ตรีนนท์ และพลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และอภิญญา ศิริพิทยา คุณกิจ (2557) ที่พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคช่วยเพิ่มความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ ส่วนการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางโทรศัพท์นั้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยปรึกษา รับคำแนะนำกับพยาบาลโดยตรง (ณกานต์ชญาณ์ นววีชรินทร์, และคณะ, 2564) ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่บ้าน และพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นทุกด้าน อยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจมากที่สุด อาจเป็นไปได้ว่า ทางโรงพยาบาลสามร้อยยอดมีความตื่นตัวและสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่มาโดยตลอด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชไมพร บัวพิน, และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติ อภิปรายเพิ่มเติมได้ว่า การดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมีกระบวนการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกอย่างครอบคลุม มีสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการจัดกระบวนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการนอน และมีการดูแลต่อเนื่องโดยการติดตามทางโทรศัพท์นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจสิ่งใดสามารถติดต่อสอบถามกับทีมสหวิชาชีพเพื่อขอคำแนะนำได้เสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Lee et al, 2015)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบ 5 ด้าน ที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มก่อนการทดลอง และกลุ่มหลังการทดลองแตกต่างกันในทุกด้าน อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามวัย มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม การฟื้นฟูสภาพร่างกายจึงเป็นไปได้ช้า ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ อารมย์ พรหมดี และคณะ (2563) และประธาน ศรีจุลฮาด (2564) ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) อธิบายได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ซึ่งทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระหว่างการรักษาให้ครอบครัวได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจและการใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว และให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ สุภาพร กิติหล้า, และคณะ (2562) ที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ส่งผลให้ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ควรนำแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นจนกลายเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานต่อไป
2. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลรายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น
3. ควรเสนอเป็นนโยบายนำรูปแบบนี้ไปขยายผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับจังหวัดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อนำมาพิจารณาปรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับบริบทสังคม และนวัตกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อไป
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้าน Care giver ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามร้อยยอด รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือในการประสานงานจากรพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนงานวิจัยประสบความสำเร็จ และผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงมีประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อยสำหรับผู้สนใจศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีใบความยินยอม ด้วย ความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ให้ข้อมูล ถึงการพิทักษ์สิทธิ จะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด และการนำเสนอ ผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะถูกทำลายทันทีตามขั้นตอนทางราชการ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์กับทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เลขที่โครงการวิจัย RECHHH 031/2566 รับรองวันที่ 18 ธันวาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

Thai COC. (2566). [Computer software].

World Health Organization. (2020). **Palliative care**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **HDC**. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐกฤตา ไชยสาลี, ชลิตา ธนะขว้าง, ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, ภภัสสร รัชตโสทธิ, & ปิยวัฒน์ รัตนพันธ์. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(3), 450-460.

ประธาน ศรีจุลฮาด. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 219-232.

พัชรมน เขื่อนาคะ. (2560). **คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**.

เพ็ญนภา สมสุขจิระวัฒน์. (2564). **ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล [คณะพยาบาลศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2563). **ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care**. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152>

สุยนต์ ลวงพิมาย. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 44-53.

สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิฮุตดา ชายเกตุ, & เนตรชนก สันตรัตติ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 1-15.

อรุณ โพธิงาม. (2566). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 117-126.

อวยพร จงสกุล. (2563). รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา: OIMCCE Model. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 39(3), 454-471.

อารมย์ พรหมดี, นภาพรรณ จันทร์เต็ม, & มะลิผุย ผิวทอง. (2563). ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(3), 119-128.