

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่าย  
ของศูนย์วารินทร์รักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

นายอานนท์ เอียดปราบ

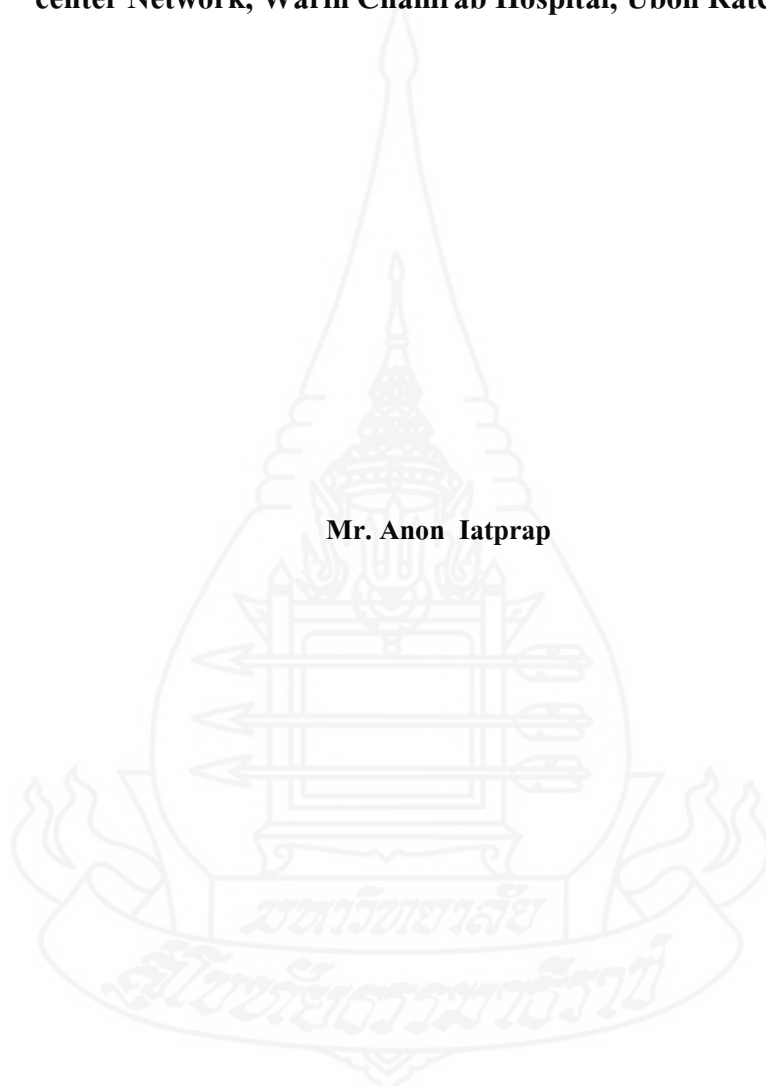


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Development Models of the Terminal Cancer Patient's Care at Warinrak  
center Network, Warin Chamrab Hospital, Ubon Ratchathani**

**Mr. Anon Iatprap**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health in Hospital Administration

School of Health Sciences

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

**หัวข้อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่าย  
ของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

**ชื่อและนามสกุล** นายอานนท์ เอียดปราบ


**วิชาเอก** บริหาร โรงพยาบาล


**สาขาวิชา** วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

**อาจารย์ที่ปรึกษา** 1. รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีดกะลิน  
2. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ พิทยา จารุพูนผล)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีดกะลิน)

  
..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์)

  
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์  
โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี

**ผู้วิจัย** นายอนันต์ เอียดปราบ รหัสนักศึกษา 260500542 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีตกะลิน (2) ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ **ปีการศึกษา** 2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์จังหวัดอุบลราชธานี (2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี (3) เปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ และ (4) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพเครือข่ายศูนย์วารีรักษ์ก่อนและหลังการพัฒนา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์ และเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์จำนวน 116คน กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่เป็นทีมสหวิชาชีพ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพศูนย์วารีรักษ์ จำนวน 54 คน กลุ่มที่ 2 ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำดวน จำนวน 45คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 99คน ระยะเวลาในการพัฒนาตั้งแต่เดือนเมษายน จนถึงเดือน มิถุนายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ 2) โปรแกรมการพัฒนารูปแบบโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C สถิติที่ใช้ วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า (1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์จังหวัดอุบลราชธานีก่อนการพัฒนา ผลการปฏิบัติงานทุกด้านอยู่ในระดับควรปรับปรุง (2) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์พบว่า มีโครงสร้างทีมสหวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (3) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่าหลังพัฒนามีกำหนดสายบังคับบัญชาและผู้รับผิดชอบ การประสานงานมีการกำหนดขั้นตอนและช่องทางการประสานงาน มีการประชุมชี้แจงเครือข่าย การสนับสนุนทรัพยากรจัดทำแผนการพัฒนานุเคราะห์ วัตถุประสงค์ การปฏิบัติงานจัดทำคู่มือ/กระบวนการปฏิบัติงานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในเครือข่าย การประเมินผลมีการประเมินผลร่วมกันระหว่างเครือข่าย และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข และภายหลังการพัฒนาผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (4) ผลของการเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ก่อนและหลังการพัฒนา ภายหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

**คำสำคัญ** กระบวนการ A-I-C รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายศูนย์วารีรักษ์

**Thesis title:** Development Models of the Terminal Cancer Patient's Care at Warinrak center Network, Warin Chamrab Hospital, Ubon Ratchathani

**Researcher:** Mr. Anon Iatrap; **ID:** 260500542;

**Degree:** Master of Public Health;

**Thesis advisor:** (1) Dr.Panee Sitakalin, Associate Professor;

(2) Dr.Somjit Supannatas, Professor; **Academic:** 2018

### Abstract

This action research study aimed to: (1) explore a model for Terminal Cancer Patients Care, (2) develop a model for Terminal Cancer Patient Care, (3) compare performance outcomes before and after implementing the Terminal Cancer Patient Care model, (4) compare the satisfaction of multidisciplinary team members with the Terminal Cancer Patient Care Model, before and after implementing it, using a participatory process, all in the Warinrak Center and Network, Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani province.

The study was undertaken in 99 health officials purposively selected from all 116 members of the multidisciplinary teams of the Warinrak Center Network including subdistrict health promoting hospitals in Warin Chamrap district from April to June 2019. Of the 99 participants, 54 from the Warinrak Center were assigned to Group 1 and the other 45 from the subdistrict hospitals were assigned to Group 2. Study tools included (1) a questionnaire for collecting data on general information, work performance, staff satisfaction and problems/constraints and (2) the appreciation-influence-control (AIC) guide for model development. Data were collected and then analyzed to determine percentages, means, and standard deviations, and perform paired-sample t-test.

The results showed that: (1) All performance aspects before implementing the Terminal Cancer Patient Care Model at the hospital should be improved. (2) After implementing the Terminal Cancer Patient Care Model, the structure of the multidisciplinary teams has been established and their participation in patient care has been in place. (3) During Terminal Cancer Patient Care model development intervention, the following actions were prepared, set up or undertaken: management structure and line of command including task assignments, coordination mechanism, resource allocation, personnel development plan, joint operating manual preparation, joint monitoring and evaluation, and program revision or adjustments. After implementing the model, the performance was at a good level, except that the support was moderate. The average post-intervention score was significantly higher than before ( $p < 0.05$ ). (4) After implementing the Terminal Cancer Patient Care Model, multidisciplinary team members' satisfaction with the model was at a good level and the satisfaction level on average was significantly higher than before intervention ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Terminal cancer patient care, Multidisciplinary team, AIC process

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน และศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชिरราช ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือทางวิชาการ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างเอาใจใส่อย่างดียิ่งจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมชัย โชคพัฒนาพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ ที่อนุเคราะห์สถานที่ศึกษาทดลองงานวิจัย และนายแพทย์สุธี สุดดี หัวหน้าศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ นางบรรเทิง พลสวัสดิ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องแห อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี และนางเบญจมาภรณ์ รักษ์มณี พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้อนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำที่ดี นายแพทย์เสวต ศรีศิริ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชริราชสงคราม จังหวัดอุบลราชธานี ที่อำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือ และนางบรรเทิง พลสวัสดิ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องแห อาจารย์สอาด มุ่งสิน รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี อาจารย์บุญชัย ภาละกาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี อาจารย์อรนิตย์ จันทะเสน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้นำในการจัดประชุมวิชาการ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภวารินชำราบ และเจ้าหน้าที่ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปด้วยดี

ความสำเร็จของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ได้ เนื่องจากการสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชिरราช ทั้งกำลังทรัพย์และกำลังใจอันยิ่งใหญ่จากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลที่คอยห่วงใยให้กำลังใจ และสนับสนุนอยู่เบื้องหลัง หากคุณงามความดีและผลประโยชน์อันใด ที่บังเกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้แก่ผู้มีส่วนช่วยเหลือ และสนับสนุนดังกล่าวข้างต้น และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

อานนท์ เอียดปราบ

สิงหาคม 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	11
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเครือข่ายชุมชน .....	11
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง โดยในเครือข่ายชุมชน .....	14
บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง .....	18
บริบทของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง .....	29
แนวคิดและทฤษฎี การมีส่วนร่วม .....	36
กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) .....	40
ความพึงพอใจ .....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	53

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การดำเนินการวิจัย.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา.....	81
ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย ของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีนชาราบ ก่อนและหลังการพัฒนา.....	84
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีนชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังพัฒนา.....	93
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา.....	95
ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ.....	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	102
สรุปผลการวิจัย.....	102
การอภิปรายผลการวิจัย.....	113
ข้อเสนอแนะ.....	122
บรรณานุกรม.....	124
ภาคผนวก.....	130
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	131
ข แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย.....	134
ค ผลการทดลองเครื่องมือ.....	146
จ คู่มือการจัดประชุมวิชาการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C.....	152



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ก แผนการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C.....	155
ข รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์ (Warinrak Model).....	169
ช แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์.....	172
ฅ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์.....	175
ญ การพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย.....	177
ประวัติผู้วิจัย .....	181



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดของศูนย์วารินรักษ์ .....	34
ตารางที่ 2.2 ผลการพัฒนาที่สำคัญศูนย์วารินรักษ์ .....	35
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรที่ศึกษาทดลอง โดยจำแนกตามคุณลักษณะของประชากร .....	82
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย ของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ .....	85
ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละระดับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา .....	90
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังพัฒนา .....	93
ตารางที่ 4.5 ความพึงพอใจต่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของทีมสหวิชาชีพของศูนย์วารินรักษ์ จำแนกรายข้อ .....	95
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารินรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา .....	96
ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรวมของความพึงพอใจต่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนา .....	97
ตารางที่ 4.8 จำนวนร้อยละของทีมสหวิชาชีพที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลอง .....	98

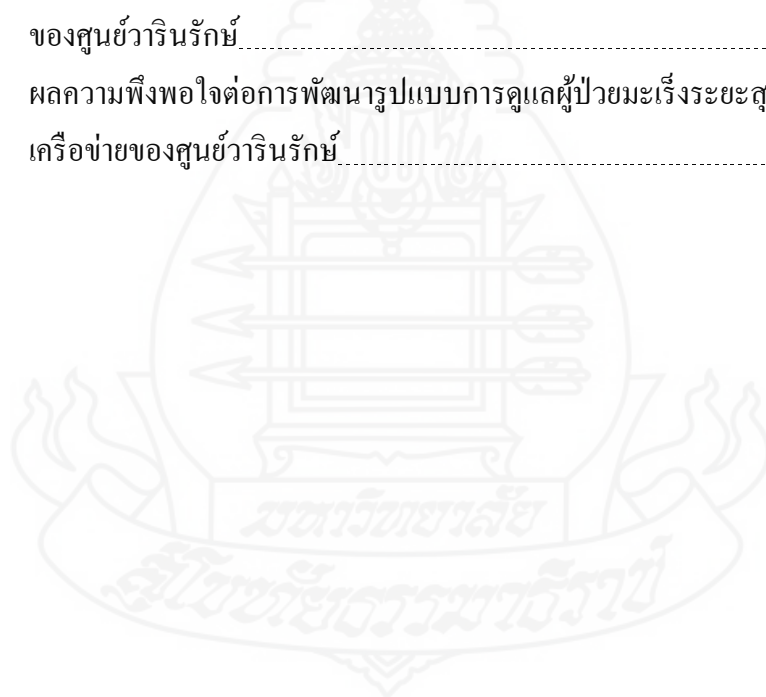
สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4.9	จำนวนร้อยละของทีมสหวิชาชีพที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครื่องมือของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี หลังการศึกษาพัฒนาทดลอง.....	100
ตารางที่ 5.1	การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....	103



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 แนวคิดการดูแลในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิตแล้ว.....	13
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการจัดบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	18
ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนในการดำเนินการกระบวนการ A-I-C.....	44
ภาพที่ 2.4 ทำแผนปฏิบัติการ.....	47
ภาพที่ 3.1 แผนภูมิการวิจัย.....	77
ภาพที่ 3.2 รูปแบบการทดลองพัฒนา.....	78
ภาพที่ 5.1 คุณลักษณะประชากรของทีมสหวิชาชีพ.....	109
ภาพที่ 5.2 ผลการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย ของศูนย์วารินรักษ์.....	110
ภาพที่ 5.3 ผลความพึงพอใจต่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์.....	112



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง เป็นโรคที่มีปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก ซึ่ง องค์การอนามัยโลก ได้พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก และโรคมะเร็งยังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นในทุกๆ ปี โดยในปีพุทธศักราช 2561 พบว่ามีผู้เสียชีวิตโรคมะเร็งประมาณ 18 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.6 ล้านคนในปีที่แล้ว และในอนาคตคาดการณ์ไว้ว่าปีพุทธศักราช 2602 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน 29.3 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นเป็น 16.3 ล้านคน (voathai.com, 2561) โดยโรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความเจ็บปวด อีกทั้งกระบวนการรักษาของโรคมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน จนทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นโรคมะเร็งจึงส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

จังหวัดอุบลราชธานี โรคมะเร็งนั้นก็ยังเป็นยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆคิดหนึ่งในสามอันดับแรกของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2542 เป็นต้นมา พบว่าโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในจังหวัดอุบลราชธานี มีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษา ทั้งรายใหม่และรายเก่า ปีพุทธศักราช 2559 มีจำนวนคนไข้โรคมะเร็ง 5,962 ราย (ร้อยละ 6.7), ปีพุทธศักราช 2560 มีจำนวนคนไข้โรคมะเร็ง 7,110 ราย (ร้อยละ 8.2), และปีพุทธศักราช 2661 มีจำนวนคนไข้โรคมะเร็ง 5,529 ราย (ร้อยละ 8.3) (ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล, 2562) จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้ส่งผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นกัน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดต่อเนื่อง จะเป็นการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ต้องให้การวินิจฉัยและรักษาพยาบาล รวมไปถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มักเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยสุดท้าย (สมพร เทพสุริยานนท์ และวีระนุช มยุเรศ , 2557)

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาในปีพุทธศักราช 2559 มีจำนวนคนไข้โรคมะเร็ง 160 คน (ร้อยละ 2.7), ปีพุทธศักราช 2560 มีจำนวนคนไข้โรคมะเร็ง 213 ราย (ร้อยละ 3.0), และในปีพุทธศักราช 2661 มีจำนวนคนไข้โรคมะเร็ง 342 ราย (ร้อยละ 6.2) (ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล, 2562) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลวารินชำราบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี และอาจจะมีสาเหตุมาจากต่างๆ ดังนี้ เช่น ปัญหาลิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์ พฤติกรรมทางเพศ และการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของประชากร เป็นต้น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนความคิดเกี่ยวกับการตายและการจัดการเกี่ยวกับความตายได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้น เช่น การตายในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การปฏิเสธการช่วยชีวิต และการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นต้น เพราะฉะนั้นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องมีความเหมาะสมและมีการลงบันทึกอย่างละเอียดเพื่อใช้ในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการติดต่อสื่อสาร เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้รับการรักษาและครอบครัวของผู้ป่วย การยอมรับพฤติกรรม การเข้าใจความรู้สึก การระมัดระวังในการใช้คำพูด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นวิกฤติและจากไปอย่างสงบหรือที่เรียกว่า ตายดีอย่างมีศักดิ์ศรี (สุวะภรณ์ แนวจำปา, 2554)

ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ คือศูนย์ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในสาขาต่าง ๆ หรือผู้ป่วยและญาติต้องการ รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เริ่มเปิดศูนย์ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2559 และเปิดให้บริการผู้ป่วยในปี 2561 โดยมีจำนวนคนไข้โรคมะเร็งระยะสุดท้าย 55 ราย (ร้อยละ 34.3) ,ปีพุทธศักราช 2660 มีจำนวนคนไข้ 75 ราย (ร้อยละ 35), ปีพุทธศักราช 2561 มีจำนวนคนไข้มะเร็งระยะสุดท้าย 135 ราย (ร้อยละ 39.4) (ศูนย์วารินรักษ์, 2562) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ผู้ป่วยและญาติ จะได้รับการดูแลแบบของค์รวม แบบรายกรณี จากทีมสหวิชาชีพ โดยมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับทีมสหวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะสุดท้าย เป็นทีมสหวิชาชีพ ประจำศูนย์วารินรักษ์ ภายในโรงพยาบาลมีการจัดบริการ แผนก ผู้ป่วยใน : เป็นคลินิก ผู้ป่วยประคับประคองประจำวันอังคารและพฤหัสบดี แผนกผู้ป่วยนอก : จัดเป็นพื้นที่ เฉพาะการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและ ระยะสุดท้าย รวมทั้ง รับให้คำปรึกษา และย้ายโอนการดูแลจากแผนกต่าง พร้อมทั้งรับ-ส่งต่อประสานงาน การดูแลที่บ้าน โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลภาคีเครือข่าย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอวารินชำราบที่รับผิดชอบ

เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผ่านไปสู่ภาวะสุดท้ายอย่างมีความสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (บริบทศูนย์วารินรักษ์, 2562)

ถึงแม้ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นในด้านสนับสนุนทรัพยากร บุคคล และเครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนด้านการปฏิบัติงาน มีแนวทางการปฏิบัติงาน แต่ก็ยังมีหลายอย่างที่ต้องได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภายในเครือข่าย ในด้านโครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์วารินรักษ์ ยังมีปัญหาในเรื่องไม่มีความชัดเจน การดำเนินการแยกกันเป็นส่วนๆ ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยมีแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง เช่น ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล ตลอดจนข้อความในแบบบันทึกมีความยังไม่มีความชัดเจนและเข้าใจยาก โดยศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบมีแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วย 2 แบบ คือ แบบบันทึกรับส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (บส.08) ใช้สำหรับการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ มารับบริการที่ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ แบบที่ 2 คือแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคองต่อต่อเนื่องที่บ้านซึ่งมีการพัฒนาโดยศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ใช้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยแบบประทับประคองเพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยม สำหรับช่องทางในการประสานงาน การรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าวนั้น ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แผนกผู้ป่วยนอก จะเป็นผู้รับผิดชอบการรับและตอบกลับข้อมูลโดยศูนย์วารินรักษ์ สำหรับผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยในของศูนย์วารินรักษ์จะส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของศูนย์วารินรักษ์ จะเป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยประทับประคอง โดยส่งศูนย์วารินรักษ์ เพื่อจัดทำทะเบียนติดตาม และรวบรวมข้อมูลส่งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย หลังจากได้การปรับปรุงผลการดำเนินการยังไม่ชัดเจน ยังมีข้อผิดพลาด และเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ยังไม่เข้าใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประทับประคองมากนัก

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ประกาศนโยบาย เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2558 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพะในระบะสุดท้าย พ.ศ 2556-2559 นโยบายเร่งรัดการดำเนินการจัดทำระบบการสร้างเสริมสุขภาพะสำหรับผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระบะสุดท้ายของชีวิตให้เกิดรูปธรรม และมีผลต่อเนืองอย่างยั่งยืน โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน เครือข่ายและครอบครัว โดยการสนับสนุนและให้ความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพ และ

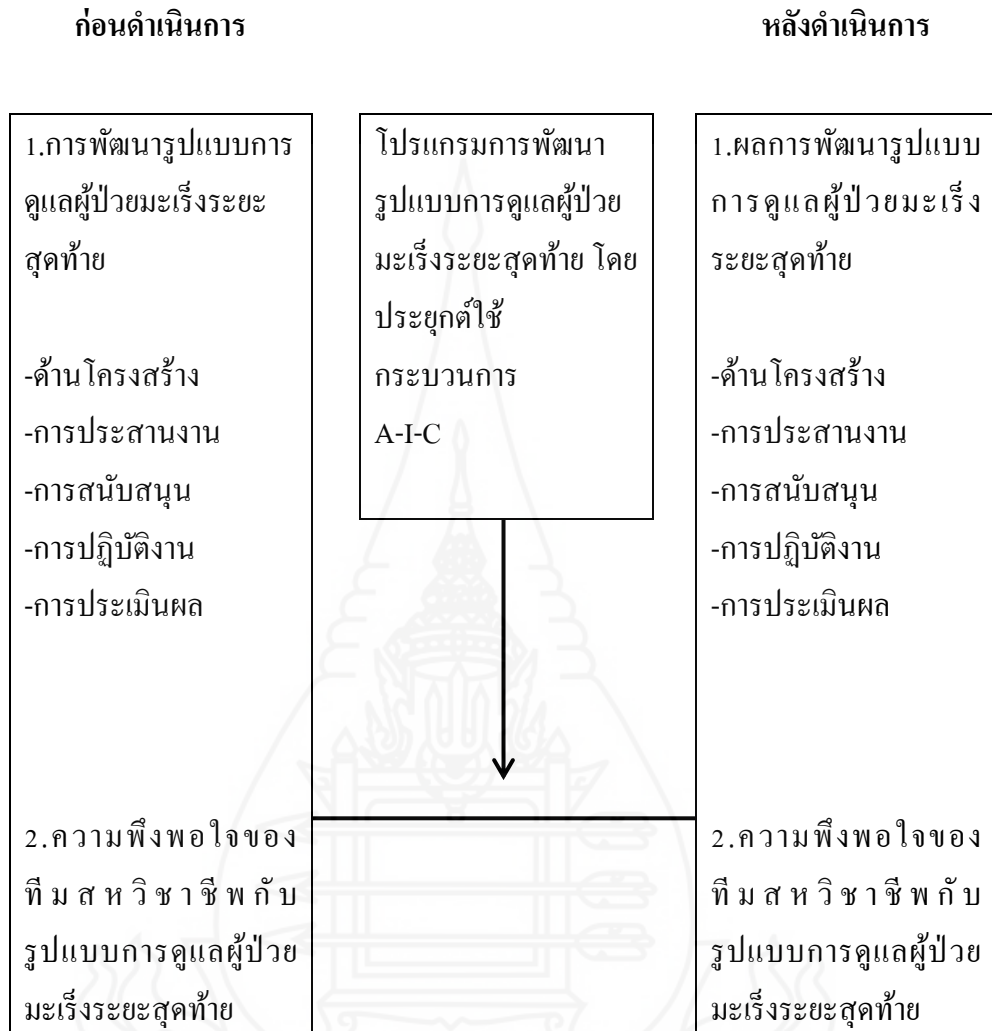
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในฐานะสถานบริการระดับทุติยภูมิ ที่เป็นหน่วยบริการประชาชนและชุมชน ประกอบกับศูนย์วารินรักษ์ เพิ่งเปิดให้บริการในด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคอง เพื่อตอบสนองนโยบายที่เร่งรัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยในเครือข่าย จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ ปัจจัยสำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง (ศิริญา ฉิมพาลี 2553: 28) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผ่านอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะสั้น โดยทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ซึ่งเป็นกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วม เพื่อออกแบบ และวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เป็นรูปแบบการดูแลที่ได้มาตรฐาน และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์
- 2.4 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา



### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 หลังการทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พัฒนาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับก่อนการทดลอง

4.2 หลังการทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พัฒนาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับก่อนการทดลอง

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา ในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 ขอบเขตด้านประชากร

5.2.1 กลุ่มประชากร ทีมสหวิชาชีพประจำศูนย์วารินรักษ์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์

5.2.2 กลุ่มประชากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ 22 แห่ง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งหมด จำนวน 116 คน

5.3 ระยะเวลาในการพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่เดือน เมษายน 2562 ถึง มิถุนายน 2562 รวม 12 สัปดาห์

5.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา

5.4.1 Intervention คือ กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C (อรพินท์ สฟโซคชัย 2537, น. 4-5)

5.4.2 การวางแผนออกแบบ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- ศึกษาสถานการณ์ และสภาพความเป็นจริงของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย (Reality)

- สภาพที่คาดหวังในอนาคต (Ideal Vision or Scenario)

- คิดหากลวิธีในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

(Solution Design)

- จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ (Priority)

- แบ่งความรับผิดชอบ (Responsibility)
- จัดทำแผนการ/โครงการ/กิจกรรม (Action Plan)

#### 5.4.3 ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

#### 5.4.4 การตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินการ

#### 5.4.5 ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องร่วมกันและประเมินผลการดำเนินงาน

ข้อมูลที่ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ผลการปฏิบัติงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ด้านสนับสนุนทรัพยากร ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติ ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ และความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อดูแลต่อเนื่องระหว่างศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีราษฎร์ จังหวัดอุบลราชธานี กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอวารีนชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

**6.2 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ในการวางแผนออกแบบพัฒนารูปแบบ

**A-Appreciation** หมายถึง การระดมความคิดเห็นของบุคลากรของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในปัจจุบัน และร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในอนาคต

**I-Influence** หมายถึง การใช้ประสบการณ์ หรือความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องของแต่ละคน มาร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์

**C-Control** หมายถึง การควบคุมสู่การร่วมสร้างแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**6.3 ผลการปฏิบัติงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง ผลการปฏิบัติงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ชี้วัดของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข โดยจำแนกตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนทรัพยากร กระบวนการ ได้แก่

ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามคู่มือ หรือแนวทางที่กำหนด รวมทั้งความคลาดเคลื่อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นด้วย

**6.3.1 โครงสร้างดำเนินงาน** หมายถึง การจัดโครงสร้างในการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่อง โดยการกำหนดนโยบายร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ทีมปฏิบัติงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ และสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน รวมทั้งแผนการดำเนินงาน

**6.3.2 การประสานงาน** หมายถึง การร่วมกันกำหนดแผนขั้นตอนสื่อสารและการประสานงานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ กำหนดวิธีการ/ช่องทาง/การสื่อสาร และระยะเวลาที่ใช้ในการประสานงานในแต่ละขั้นตอน การร่วมมือกำหนดแบบบันทึกข้อมูลการนำส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ให้มีความง่ายและสะดวกในการกรอกข้อมูลของผู้ป่วย และมีความเหมาะสมในการใช้งาน รวมทั้งมีการประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเชื่อมโยงประสานการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ

**6.3.3 การสนับสนุนทรัพยากร** หมายถึง การจัดให้มี เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ ยานพาหนะในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่อง อย่างเพียงพอ และเหมาะสม การใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน การวางแผนจัดหาและบำรุงรักษา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมทั้งการจัดทำแผนงบประมาณในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**6.3.4 การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย** หมายถึง การร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดขั้นตอน การจัดทำคู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การสื่อสาร การแจ้งข่าวร้าย การให้การพยาบาล การให้ยาเพื่อลดอาการปวด การประเมินอาการปวด ตลอดจนการให้คำปรึกษา เพื่อดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้ มีการแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ การแจ้งแผนการดูแล และตอบกลับข้อมูลรับส่งไปยังระบบการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ

**6.3.5 ประเมินผลและผลลัพธ์** หมายถึง การมีรูปแบบติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชัดเจน กำหนดความถี่ในการประเมิน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและแผนการประเมินร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ และศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ เพื่อประเมินความคลาดเคลื่อนต่างๆ ที่เกิดจากการประสานงาน ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทาง ร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ

**6.4 ความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง การพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นความรู้สึกที่แสดงมาในรูปของความคิดเห็น 5 ระดับ คือพึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง ไม่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจที่สุด ที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งพิจารณาในด้านความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจต่อระบบงาน ความพึงพอใจต่อโครงสร้างการดำเนินงาน ความพึงพอใจต่องบประมาณและการสนับสนุน ความพึงพอใจต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการประสานงาน ความพึงพอใจต่อวิธีการ/ช่องทางการประสานงาน ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกข้อมูลในการดูแล ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจต่อรูปแบบติดตามประเมินผล และความพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

**6.5 ทีมสหวิชาชีพ** หมายถึง ทีมสหวิชาชีพ กลุ่ม 1 ที่ปฏิบัติงานในศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย โภชนากร และกลุ่ม 2 ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอวารินชำราบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้ง 22 แห่ง

**6.6 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่มีทางรักษาด้วยวิธีการใด ให้หายได้ มีอาการแสดงที่บ่งชี้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะทรุดลงเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้และอยู่ในระยะท้ายของชีวิต และประเมินด้วยแบบประเมิน PPS (Palliative performance scale for Adult Saundok: PPS Adult Saundok) อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 30

**6.7 การมีส่วนร่วม** หมายถึง การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและผลลัพธ์

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เครื่องมือของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ มีมาตรฐานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

7.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือ ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง การประสานงาน การสนับสนุน การปฏิบัติ และการประเมินผล ของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ เกิดการพัฒนาอย่างมีคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

7.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครื่องมือของศูนย์วารินรักษ์ ที่พัฒนาขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานต่อระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครื่องมือของทีมสหวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ เพิ่มมากขึ้น

7.4 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการดูแลแบบปนะคับประคองที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์  
วารักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษาได้ศึกษาทำการศึกษาคำว่า รวบรวม  
แนวคิด เอกสาร และทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ  
สุดท้าย ดังนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเครือข่ายชุมชน
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องโดยในเครือข่ายชุมชน
3. บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
4. บริบทของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
5. แนวคิดและทฤษฎี การมีส่วนร่วม
6. กระบวนการประหม่อมแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C)
7. ความพึงพอใจ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเครือข่ายชุมชน

##### 1.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

**1.1.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และคำที่  
เกี่ยวข้อง** ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Moddock (2001 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์, 2559, น. 13) อธิบายไว้ว่า  
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะ  
การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะของ โรคที่มีการลุกลามรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้  
เป้าหมายในการดูแล เพื่อบรรเทาสาเหตุของปัญหาต่างๆ โดยมีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และ  
เครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการรักษา ดูแลอย่างเหมาะสมครบถ้วนแบบองค์รวมของผู้ป่วย  
และญาติ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยบุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล

International association for hospice and palliative (2002, อ้างใน ฐิติมา โภทิสรี, 2550, น. 18) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะของโรคที่มีอาการ โดยโรคมีการดำเนินที่รุนแรงขึ้น และระยะของโรคมีการลุกลามเข้าสู่ระยะรุนแรงมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (short life expectancy ; มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปีปกติประมาณ 6 เดือน) การดูแลโดยมุ่งเน้น ป้องกัน และลดภาวะทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์ 2559, น. 14) ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การมุ่งหมายเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องเผชิญกับ โรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) โดยเน้นที่การดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้าน กาย จิต จิตสังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ควรให้การรักษาดังแต่เริ่มแรก ที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยได้เสียชีวิต และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากเกิดการสูญเสีย

เดิมศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2542 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์ 2559: 14) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาอาการ คลายทุกข์ โดยเป้าหมายหลักคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีหลักการอยู่ที่ การให้ความสำคัญเพื่อบรรเทาภาวะทุกข์ทรมานในด้านต่างๆ ในทุกระยะของโรค โดยไม่ต้องรอจนหมดหนทางเพื่อคาดหวังว่าจะหายขาด

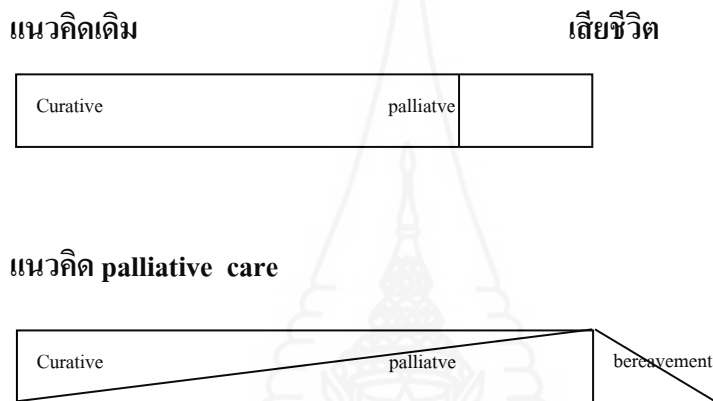
**กล่าวโดยสรุป** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และระยะของโรคมีการดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการใช้การดูแลรักษาแบบองค์รวม เพื่อมุ่งเน้นลดความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีกำลังใจ เข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้พบวาระสุดท้ายของชีวิตอย่าง สงบ สมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ โดยรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากสูญเสียผู้ป่วย

### **1.1.2 แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)**

**ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง** เพื่อที่จะมุ่งประโยชน์กับผู้ป่วย แบบองค์รวม และนำความรู้ที่ได้ รวมไปถึงนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมีการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้สอดคล้องตามค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี และเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วย



และครอบครัว มักคำนึงถึงสิ่งสำคัญของด้านปรัชญาในความเชื่อมนุษย์ว่าทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยไม่ถูกกำหนดจากบุคลากรที่มึนสุขภาพผู้ให้การดูแล แต่ต้องเป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรที่มึนสุขภาพ โดยมีผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมที่เกี่ยวข้อง (Bosanquet and Salisbury, 1999; Wilkinson, 1999; Schonwetter, et al, 1999; Maddock, 1999 อ้างถึงใน จูติมา โพธิศรี, 2550, น. 18)



ภาพที่ 2.1 แนวคิดการดูแลในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิตแล้ว

ที่มา : จูติมา โพธิศรี (2550, น. 19).

จอณพะจง เฟื่องจาด (2547 อ้างถึงใน จูติมา โพธิศรี, 2550, น. 19) ได้กล่าวถึงไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตั้งแต่ระยะของการเจ็บป่วยไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย โดยการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม ทางกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ การให้การดูแล และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล

การให้การดูแล (The care) ประกอบด้วย การสื่อสารที่ดี โดยเพื่อสร้างแนวร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ให้การรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค และการดำเนินโรค ควรหลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยที่ไม่ปลอดภัย หรือผลกระทบต่อผู้ป่วย การดูแลที่มีคุณภาพ และที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ต้องคำนึงถึงการตอบสนองต่อความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมโดยทีมบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ที่มีความรู้ความชำนาญการเฉพาะด้าน โดยวางแผน

ร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลและครอบครัว มีการแผนการรักษาที่แน่นอน โดยชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานในทีมสหวิชาชีพการดูแล ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนในการป้องกันกับภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้น ให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคม มีการประเมินผลการรักษาและผลการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง

**ทัศนคติ (Attitude)** ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องมีการรับรู้และไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีความสนใจ และมีความพยายามที่จะทำความเข้าใจความทุกข์ทรมานของบุคคลอื่น ในทุกๆ มีความเสียสละ และอุทิศตนในการที่จะแก้ปัญหา ยอมรับและนับถือการเป็นบุคคลให้การดูแลบุคคล ไม่ใช่การดูแลโรค ยอมรับในสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่นๆ ของบุคคลเหล่านั้น

## 2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องโดยในเครือข่ายชุมชน

**ค่านิยมศัพท์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายดูแลประคับประคอง:** ดังนี้

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560, น. 17-1) เครือข่ายดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรท้องถิ่น และอาสาสมัครชุมชน ซึ่งสามารถเชื่อมต่อการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสามารถได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560, น. 17-1) การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง หมายถึง การที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้รับการดูแลต่อจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่เริ่มแรกของการวินิจฉัยโรคไปจนกระทั่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้เสียชีวิตรวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องในเรื่องของการสูญเสีย ซึ่งมีการเชื่อมโยงต่อกันระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560, น. 17-1) การดูแลผู้ป่วยในชุมชน หมายถึง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยทีมของหมอครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลที่บ้านตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยได้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน

**ผู้รับผิดชอบดูแล:** ทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทุกระดับและในชุมชน สถานพยาบาลระดับต่างๆกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายมักได้แก่ ผู้ป่วยโรครื้อรัง และโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ เมื่อระยะของโรคอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด ดังนั้นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งคือโรงพยาบาลระดับจังหวัด มักจะมีจำนวนผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายจำนวนมาก และมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังมีการรักษาตัวของโรคอยู่ และเมื่อได้รับการรักษาแบบล้มเหลว หรือผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องยุติการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักขอกลับไปดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ มักจะมีจำนวนผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลไม่มาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจำนวนมากจะรักษาตัวอยู่ที่บ้านในชุมชน ซึ่งบทบาทของสถานพยาบาลในระดับต่างๆนั้น จึงมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งในด้านหน้าที่และการจัดระบบดูแลด้านบริการต่างๆ

ผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคองระยะสุดท้าย จะสามารถดูแลที่บ้านได้เป็นอย่างดี และมีความจำเป็นต้องมีทีมสุขภาพในชุมชนที่ทำงานเป็นเครือข่าย โดยมีทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่คอยทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ภายใต้การกำกับดูแล หรือการให้คำแนะนำจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลระดับในจังหวัด มักจะต้องส่งต่อผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายกลับไปดูแลประคับประคองที่บ้านในชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีทีมสุขภาพ ที่รับส่งต่อผู้ป่วยและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ที่สามารถประสานเชื่อมต่อกันได้

#### **ทีมสุขภาพประคับประคองกับภาระงานโรงพยาบาลระดับจังหวัด**

ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายจำนวนมาก มีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รักษาเป็นโรครื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย จึงมีจำนวนมากเกินกว่าที่ทีมสุขภาพดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ดังนั้นในโรงพยาบาลจึงควรมีระบบคัดกรองผู้ป่วย และมีการพัฒนาดูแลแบบ Primary palliative care หรือ Palliative approach โดยการพัฒนานี้ทำให้เกิด การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระบบ PCT ของแต่ละสายกลุ่มงาน และให้มี Palliative care ward nurse ซึ่งจะได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ระดับที่จะให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่ไม่ซับซ้อน

ได้ในกรณีซับซ้อนที่ผู้ป่วยมีอาการที่จัดการลำบาก หรือมีความยุ่งยากในการวางแผนการดูแล ประคับประคอง และต้องการการประสานงาน หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก อาจจะมีการปรึกษาส่งต่อผู้ป่วย ให้ทีมสุขภาพดูแลประคับประคองของโรงพยาบาลต่อไป

#### **ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับจังหวัด มีหน้าที่ ดังนี้**

1. ทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ร่วมกับทีมของเจ้าของคนไข้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจะยังมีการรักษาตัวของโรค และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการซับซ้อน ทีมสุขภาพจึงต้องมีความรู้ และมีความเชี่ยวชาญที่จะจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนเหล่านั้น ตลอดจนมีความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษา

2. ทีมสุขภาพช่วยพัฒนาความรู้ของเครือข่ายที่ดูแล

3. ทีมสุขภาพให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายในรูปแบบการจัดการกับอาการที่ซับซ้อน

#### **ทีมสุขภาพกับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลระดับชุมชน**

จำนวนผู้ป่วยประคับประคองที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มักพบในโรงพยาบาลระดับชุมชนไม่มาก ทีมสุขภาพที่ดูแลประคับประคอง สามารถที่จะจัดบริการและดูแลผู้ป่วยประคับประคองด้วยตนเอง โดยอาจไม่ต้องมีระบบ Palliative care ward nurse เช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับจังหวัด

#### **ทีมสุขภาพกับหน้าที่ในการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลระดับชุมชน มีดังต่อไปนี้**

1. ทีมสุขภาพทำหน้าที่เชื่อมต่อเครือข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน จึงมีเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการให้คำปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ทีมสุขภาพเป็นแหล่งที่คอยจัดหายาแก้ระงับปวดกลุ่ม opioids ที่ผู้ป่วยประคับประคองจำเป็นต้องจะใช้ รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver

3. ทีมสุขภาพจัดการฝึกอบรมให้กับพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครหมู่บ้าน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน

#### **ทีมสุขภาพกับภาระงานในทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยประคับประคองและครอบครัวมากที่สุด โดยให้การเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจ หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการทำงานภายใต้การกำกับของศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลระดับชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชนอาจอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชน โดยมีข้อบ่งชี้ที่ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่อยู่ในชุมชน มักเป็นผู้ป่วยที่ยุติการรักษาตัวของโรค

และผู้ป่วยมักมีอาการที่ไม่ซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องของการดูแลและการจัดการอาการ ต่อเนื่อง การดูแลในด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยในชุมชนสามารถให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล

**บทบาทของพยาบาลในทีมสุขภาพดูแลระดับประจําครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** มีดังนี้ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560)

1. พยาบาลทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชน
2. พยาบาลทำหน้าที่ให้การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ
3. พยาบาลทำหน้าที่ให้การดูแลประสานให้ได้รับยาระงับปวดอย่างต่อเนื่อง
4. พยาบาลทำหน้าที่ประสานการดูแลกับทีมดูแลระดับประจําครอบครัวโรงพยาบาล

ระดับชุมชน

5. พยาบาลทำหน้าที่ในการจัดระบบจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระดับประจําครอบครัว

สุดท้าย

6. พยาบาลทำหน้าที่ในรณรงค์สร้างตระหนักรู้ ในชุมชนเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประจําครอบครัวและการตายดี ทั้งนี้ศูนย์ดูแลแบบประจําครอบครัวต้องสามารถเชื่อมโยงต่อกันได้เป็นอย่างดี ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชน ซึ่งถ้ามีเครือข่ายที่แข็งแรง และสามารถเชื่อมโยงต่อกันได้ ผู้ป่วยระดับประจําครอบครัวสุดท้ายสามารถได้รับการดูแลรักษาที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ หลีกเลียงการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ และการมีเครือข่ายที่แข็งแรง จะช่วยให้ผู้ป่วยประจําครอบครัวสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการ จากการที่เครือข่ายการดูแลประจําครอบครัว ได้มีการพัฒนาเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง และสร้างระบบเชื่อมต่อได้อย่างครบวงจร (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ,2560)

**กล่าวโดยสรุป** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประจําครอบครัวอย่างต่อเนื่องโดยในเครือข่ายชุมชน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพดูแลระดับประจําครอบครัวของชุมชน ตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และทีมสุขภาพภายในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครชุมชน และองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยประจําครอบครัวสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างไร้รอยต่อ

### 3. บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

คำนิยามคำศัพท์ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง:  
ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข (2557, น. 6) ทีมสหภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์/จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร/จิตอาสา ผู้นำศาสนา นักจิตวิทยา

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560, น. 2-1) ทีมสหวิชาชีพ หมายถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกรผู้นำจิตวิญญาณ เป็นต้นบุคลากรทีมสหภาพที่ให้การดูแลแบบประคับประคองต้องผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560, น. 2-1) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หมายถึง เป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วย ด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิตเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการ ไม่สุขสบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ด้วยการดูแลแบบประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรคหรือ life-prolonging treatment ซึ่งตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีเป้าหมายหลักคือให้ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการจัดบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2557, น.6).

### 3.1 ขอบเขตในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Scope of Palliative Care Practice)

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560) เป้าหมายของการดูแล คือ การกำหนดขอบเขตหน้าที่การปฏิบัติงานของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้รับผิดชอบการดูแลคือ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ขั้นตอนของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง:

ดังนี้

#### 3.1.1 การปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้น

- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นการควบคุม และจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยประคับประคอง
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นสภาวะการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นเสริมให้ผู้ป่วยประคับประคอง และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประคับประคอง และครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้องและเป็นจริง
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นจัดสภาพแวดล้อมที่สุขสบาย และเยียวยาแก่ผู้ป่วยประคับประคองและครอบครัว
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายการรักษาพยาบาลที่ใกล้บ้านในเวลาที่เหมาะสม
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยประคับประคอง ที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ได้มีโอกาสเตรียมตัวกับความตาย และสามารถปิดฉากชีวิตได้อย่างราบรื่น
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นการปฏิบัติตนเป็นพี่เลี้ยง หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแก่บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วย
- ทีมสหวิชาชีพสุขภาพมุ่งเน้นจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย และสามารถเข้าถึงการรับบริการได้ในเวลาที่เหมาะสม

#### 3.1.2 กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- 1) ประเมินผู้ป่วยประคับประคอง และครอบครัวสามารถกระทำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการทบทวนของประวัติผู้ป่วย สอบถามพูดคุยกับแพทย์/

พยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งตรวจพิเศษอื่นๆ

2) เมื่อได้รับการประเมินผู้ป่วยระดับประคอง และครอบครัวแล้ว ต้องบันทึกมีการเป็นลายลักษณ์อักษร ในรูปของเอกสาร ซึ่งมีส่วนประกอบด้วย ดังนี้

- โรค และประวัติการรักษาพยาบาล
- สมรรถนะทางกาย (functional status) ของผู้ป่วย ตลอดจนการพยากรณ์ของโรคโรค

- โรคร่วม และปัญหาทางสุขภาพจิต
- อาการทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่ออาการดังกล่าว

- การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (advance care planning) ซึ่งครอบคลุมถึงการให้การดูแลที่ผู้ป่วยระดับประคองต้องการ รวมไปถึงสถานที่ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต (preferences) การกำหนดผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) เป็นต้น

3) การต้องมีการทบทวนผลการประเมินผู้ป่วยระดับประคอง ในตั้งแต่เริ่มแรกรับ และตลอดช่วงที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคอง

4) การประเมินผู้ป่วยซ้ำ (reassessment) ซึ่งเป็นการกระทำในระยะตามความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

### 3.2.2 ทีมดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-Based Palliative Care Team)

#### คำนิยามศัพท์

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560, น. 2-1) ทีมดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล หมายถึง ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพ มาร่วมกันทำงาน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่มากมายของผู้ป่วยความจำเป็นของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคองเป็นการดูแลในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคอง จึงจำเป็นต้องประกอบด้วยสหวิชาชีพที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย



**เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล** คือ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

**ผู้รับผิดชอบดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล** คือ ทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

#### **การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง**

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และเป็นหัวใจของการทำงานทุกสหวิชาชีพ ได้นำความรู้ความสามารถมาให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยต่างตระหนักถึงความสำคัญของมันและกัน รับฟังความเห็น มีระบบการสื่อสารในทีมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ทีมสหวิชาชีพ ยังต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้ รวมไปถึงทำงานข้ามขอบเขตโรงพยาบาล และสามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับเครือข่าย ในระหว่างองค์กรอื่นๆ และชุมชนได้

#### **หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง**

สถานะของหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง คือ ทำงานเต็มเวลา เป้าหมายของหัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง คือ เป็นผู้นำทีมในดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

#### **หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง:**

- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดูแลการทำงานของทีม
- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพัฒนาระบบและขั้นตอนการทำงาน รวมถึงตรวจสอบติดตามการทำงานของทีม
- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนำการประชุมประจำทุกเดือน
- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจัดประชุมประจำปี เพื่อวางแผนกลยุทธ์การทำงาน
- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแล
- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดูแลงบประมาณ และจัดสรรภาระงานแก่ลูกทีม
- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประเมินความต้องการด้านการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร และวางแผนการพัฒนาบุคลากร

- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สร้างเครือข่ายกับองค์กรต่างๆ รวมถึงเครือข่ายในชุมชน

- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ความมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยได้ทำตาม clinical protocol, case management ตามที่กำหนดไว้ใน โครงการและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้าร่วมอยู่ในการดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

- หัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นกระบอกเสียงของโครงการในการเผยแพร่การทำงานให้เป็นที่รับทราบทั้งในและนอกโรงพยาบาล

#### **คุณสมบัติหัวหน้าทีมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีดังต่อไปนี้**

1) เป็นแพทย์ที่จบการศึกษาระดับวุฒิปริญญาตรี และมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีระยะเวลาทำงานด้านบริหารไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือพยาบาลวิชาชีพ ระดับ advance practice nurse ซึ่งผ่านประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี และผ่านการทำงานในด้านการบริหารไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) ผ่านการอบรม Palliative Medicine ระยะเวลา หรือควรจบประกาศนียบัตรหรือวุฒิปริญญาตรีด้าน Palliative Medicine

3) ควรมีประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาคุณภาพ

4) ควรมีประสบการณ์ด้านการรับปรึกษาปัญหาด้านจริยธรรม

#### **วิชาชีพแพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง**

วิชาชีพแพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองสถานะ คือ ทำงานเต็มเวลา

วิชาชีพแพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป้าหมาย คือ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการส่งต่อหรือขอรับการปรึกษาในโรงพยาบาลหรือชุมชน

**วิชาชีพแพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองหน้าที่รับผิดชอบดังต่อไปนี้**

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองหน้าที่รับผิดชอบประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองหน้าที่รับผิดชอบให้การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ให้ข้อมูล ด้านโรคและช่วยผู้ป่วยและครอบครัววางแผนเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย (goal of care) รวมถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (advance care plan)

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ทำงานร่วมกับแพทย์ที่ขอรับการปรึกษาอย่างใกล้ชิด ให้ข้อคิดเห็นด้านเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ตามสมรรถนะของผู้ป่วย และตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างต่อเนื่อง

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ พัฒนาองค์ความรู้ เป็นวิทยากรจัดอบรมให้แก่ทีมและบุคลากรต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ รับการปรึกษานอกเวลาราชการให้แก่ทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายการดูแล

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ เข้าร่วมสัมมนาประชุมกรณีศึกษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ ช่วยในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองหน้าที่รับผิดชอบ พัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

**แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีคุณสมบัติ ดังนี้**

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จบวุฒิปริญญาใดก็ได้ และมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี

- แพทย์ประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ผ่านการอบรม Palliative Medicine ระยะกลาง หรือจบประกาศนียบัตร หรือวุฒิปริญญา Palliative Medicine

- ทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

- ทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

### วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสถานะ คือ ทำงานเต็มเวลา

วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป้าหมาย คือ การทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคอง

วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหน้าที่รับผิดชอบมีดังต่อไปนี้

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยแพทย์ในการประเมิน การดูแล รักษา และจัดการภาวะสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีในระดับพื้นฐานได้
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งยาควบคุมพิเศษเช่น มอร์ฟีนภายใต้การกำหนดค้ำของแพทย์ทีมประคับประคอง
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งการรักษาและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ได้
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้การรักษาอื่นๆ หรือแก้ไขความผิดปกติตามข้อบ่งชี้ รวมถึงการดูแลในภาวะฉุกเฉินได้
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองปรึกษาแพทย์ในทีมดูแลประคับประคองตามความจำเป็น ให้ข้อมูลกับแพทย์เจ้าของไข้ถึงการจัดบริการของทีมประคับประคอง และการประสานงานกับแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแลตามความเหมาะสม
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยประสานการดูแล ให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาหอรอบด้านให้กับผู้ป่วยที่ส่งต่อมา เพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองทุกราย
- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเตรียมการบันทึกและมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง/แม่นยำ ต่อเนื่อง ในประวัติการรักษาและแบบ

บันทึกต่างๆ เพื่อช่วยในการสนับสนุนได้ว่า มีการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ดีและการคำนวณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการจัดหาบริการด้านนี้

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจัดการอบรมและการศึกษาต่อเนื่องด้านการดูแลประคับประคองให้กับทีมสุขภาพ

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติ/มาตรฐานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ดี

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยึดมั่นกับการปฏิบัติและการรักษาความลับของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และองค์กร

**วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คุณสมบัติดังนี้**

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจบปริญญาตรีทางการพยาบาล มีประสบการณ์การทำงาน ไม่น้อยกว่า 5 ปี

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผ่านการอบรม Palliative Nursing ระยะกลาง หรือ ในอนาคตควรจบการอบรมระยะยาว หรือเป็น APN

- วิชาชีพพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีทักษะการสื่อสารและมีมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างดีเลิศ

- ทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

**วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคอง**

วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคองสถานะ คือ ทำงานเต็ม/ไม่เต็มเวลา

วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคองเป้าหมาย คือ ทำงานร่วมกับทีมดูแลประคับประคอง

**วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคอง มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้**

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคองติดตามทบทวนประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย และประสานรายการยาต่อเนื่อง (medication reconciliation)

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคองช่วยตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ เช่น ขนาดยาและวิธีการบริหารยา มีความเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย ตรวจสอบค่าการทำงานของตับและไต อันตรายจากปฏิกิริยาระหว่างยา ข้อห้ามใช้ยา เป็นต้น

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลประคับประคองติดตามผลของการได้รับยาจัดการอาการในแง่ประสิทธิผลของยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรองค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems; DRPs) อื่นๆ

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรองดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ที่พบระหว่างการติดตามการใช้ยาและผลการรักษาของผู้ป่วย และวางแผนหาแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรองการให้คำแนะนำปรึกษา ด้านยาก่อนกลับบ้าน (discharge counseling) แก่ผู้ป่วยและญาติ

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรองการจัดบริการให้ความรู้ ด้านยาใหม่ๆ กับสมาชิกในทีมดูแลแบบระดับรอง (academic In-services)

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรองการช่วยติดต่อประสานกับ หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วย เรื่องการเข้าถึงยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในระยะสุดท้ายหรือ ภาวะฉุกเฉิน

- วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรองเภสัชชุมชนร่วมกับทีมดูแล แบบระดับรองในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

#### **วิชาชีพเภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรอง มีคุณสมบัติ ดังนี้**

- เภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรอง มีประสบการณ์การทำงาน อย่างน้อย 2 ปี

- เภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับรอง ผ่านการอบรมระยะสั้นการ บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะระดับรอง หรือ ได้รับวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรีแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

- จัดเตรียมยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด

- ช่วยให้การดูแลบริหารยาและปฏิกิริยาของยาต่างๆ สำหรับผู้ป่วย

#### **วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับรอง**

วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับรองสถานะ คือ ทำงานเต็ม/ไม่เต็มเวลา

วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับรองเป้าหมาย คือ ทำงานร่วมกับทีมดูแลระดับรอง

วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง หน้าที  
รับผิดชอบ ดังต่อไปนี้ คือ

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครองให้บริการ  
ทุกวัน (จันทร์-ศุกร์) สำหรับทีมการดูแลแบบระดับระครอง

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง ให้การ  
สนับสนุนด้านจิตสังคมให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบระดับระครอง โดยทำงานในฐานะเป็น  
สมาชิกในทีมดูแลแบบระดับระครอง

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง จัดหาแหล่ง  
ทรัพยากร แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง ประสานความ  
ช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การดูแลเรื่องสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วย

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง ให้การ  
ระดับระครองจิตใจและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครองเข้าประชุม  
ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วย

วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง ประสานงาน  
เครือข่ายภายในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างราบรื่น และติดตาม  
อย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครอง เข้าร่วมประชุม  
ประจำเดือนและประจำปีเพื่อรับฟังวิธีการดำเนินงานและการบริหารของการดูแลแบบ  
ระดับระครอง

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครองช่วยเหลือ  
สนับสนุนให้ผู้ดำเนินการโครงการการดูแลแบบระดับระครองให้สามารถให้บริการผู้ป่วยให้  
อย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงานข้อมูลและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มีส่วนร่วมในการริเริ่ม  
ปรับปรุงคุณภาพ และเชื่อมโยงการทำงานของทีมและหน่วยงานอื่น ทั้งภายในและภายนอก  
โรงพยาบาล อีกทั้งจัดหาทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกและชุมชน

- วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับระครองทำหน้าที่เป็น  
ผู้ประสานงานกับชุมชน เพื่อให้การประสานงานเป็นไปได้อย่างเหมาะสม จัดสรรทรัพยากร  
เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล

### วิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง คุณสมบัติ ดังนี้

1) นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับประคองต้องจบปริญญาทางด้านสังคมสงเคราะห์ และมีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปี

2) นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง ได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น/ระยะกลางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง

- ร่วมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

- ให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน

- ประสานการเข้าออกจากโรงพยาบาล หรือสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุน

ทางการเงิน และสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปในสังคมได้

### วิชาชีพนักโภชนาการประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง

#### คุณสมบัตินักโภชนาการประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง

- จัดเตรียมและดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

- ฝึกทักษะญาติในการเตรียมอาหาร เช่น อาหารทางสายยาง อาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

#### อาสาสมัครดูแลระดับประคอง

##### คุณสมบัติอาสาสมัครดูแลระดับประคอง

- มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

- มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรง

- มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง

#### ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางด้านความเชื่อและพิธีกรรม

##### คุณสมบัติของผู้นำศาสนา/ผู้นำทางด้านความเชื่อและพิธีกรรม

- มีเทคนิคในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- มีความรู้ในด้านพัฒนาจิต

- มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย

- มีความรู้พื้นฐานในเรื่องของโรคและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- มีความเข้าใจกฎไตรลักษณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ผู้มีวุฒิที่สามารถชี้แจงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วยคำสอน หลักธรรม

ทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา และขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวิถีชีวิต



**กล่าวโดยสรุป** บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เกษัตริกรผู้นำจิตวิญญาณเป็นต้น ซึ่งบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลประคับประคองมีความจำเป็นในการดูแลในทุกมิติอย่างองค์รวม รวมถึงการดูแลครอบครัว และเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต บทบาทของทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพต้องผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### **4. บริบทของศูนย์วาระินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง**

ศูนย์วาระินรักษ์ (2562) บริบทศูนย์วาระินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ คือ ศูนย์วาระินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์สาขาต่าง ๆ หรือผู้ป่วยและญาติต้องการ รวมทั้ง ผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ที่ต้องได้รับการดูแล Palliative and end of life care ซึ่งผู้ป่วยและญาติ จะได้รับการดูแล แบบองค์รวม แบบรายกรณี จากทีมสหวิชาชีพ โดยมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และเกษัตริกรที่ผ่านการอบรม การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และ ระยะสุดท้าย เป็นทีมสหวิชาชีพ ประจำศูนย์วาระินรักษ์ ภายในโรงพยาบาล มีการจัดบริการ แผนกผู้ป่วยนอก : เป็น คลินิก ผู้ป่วยประคับประคับประคอง (ศูนย์วาระินรักษ์) วันอังคารและ พฤหัสบดี แผนกผู้ป่วยใน : จัดเป็นพื้นที่ เฉพาะการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และ ระยะสุดท้าย รวมทั้ง ปรึกษา และย้ายโอนการดูแล จาก แผนกต่างๆและ ส่งต่อ ประสานงาน การดูแลที่บ้าน โดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และภาคีเครือข่าย ใน PCC/รพสต. ที่รับผิดชอบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผ่าน ไปสู่วาระสุดท้ายอย่างมีความสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

##### **กลุ่มเป้าหมายศูนย์วาระินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล :กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัย เพื่อการดูแลประคับประคอง และต้องได้รับการระงับปวด ในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ และ โรงพยาบาลในเครือข่าย 6 อำเภอ

**กระบวนการ :**

**1. กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย และการสร้างความตระหนัก แก่บุคลากร**

ตามแนวทางปฏิบัติเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลวารินชำราบ (ดั่งเอกสารแนบท้าย)

**2. กระบวนการบรรเทาและจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย**

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการทุกข์ทรมาน ด้วยเครื่องมือ (The Edmonton Symptom Assessment System : ESAS) เป็นแนวทางพร้อมจะได้รับการจัดการหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ดังเช่น การบรรเทาอาการปวด

**บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และระบบบริการ :**

ในปี 2560 ได้มีการปรับการทำงาน โดย การพัฒนาบุคลากร จัดให้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เกษัชกร ผ่านการอบรม การจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้ง basic certificate course in palliative medicine , pain and palliative care for doctor และ advance course in palliative care เพื่อดูแลผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาล และ ที่บ้าน รวมทั้งจัดประชุมวิชาการ การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง แก่บุคลากร ในแผนกบริการ ของโรงพยาบาล และ PCC/รพสต และ และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย รวมทั้ง จัดตั้งศูนย์ การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (วารินรักษ์) เพื่อเป็นศูนย์การจัดการบริการ และวิชาการ ทั้งในและนอกเครือข่าย จัดตั้งแผนกผู้ป่วยใน เพื่อดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยเฉพาะ (ศูนย์วารินรักษ์, 2562)

ให้มีระบบการพยาบาลและผู้รับผิดชอบ Palliative care ประจำตึกโดยกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และให้คำแนะนำพยาบาลประจำตึก ถึงวิธีการประเมินเพื่อให้ทราบความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแล้วแนะนำวิธีการดูแลชีวิตที่เหลือให้สามารถจากไปอย่างสงบ แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจน แพทย์เจ้าของไข้เริ่มให้ความสำคัญ เมื่อมีการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ Palliative care ให้ส่งผู้ป่วยเข้าโครงการเพื่อรับเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน

**ผลลัพธ์** มีการส่งปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การเตรียมตัว เตรียมจิตใจจิตวิญญาณ และครอบครัว ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ปัจจุบันมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและPalliative care ทุกหอผู้ป่วย โดยมีทีมช่วยในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน

### บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ :

- การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีขั้นตอนคือ

1. หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ การดูแลแบบ Palliative care หรือเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทีมประเมินผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายโดยใช้ Palliative Performance Scale (Version 2) ประเมินการรับรู้ในเรื่องความเจ็บป่วย การประเมินด้านจิตสังคม / จิตวิญญาณ อารมณ์และความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเชื่อ / ศาสนา ความหวัง ความหมาย การเจ็บป่วย การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

2. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลจากการทำ family meeting และมีการทำ advance care plan เป็นลายลักษณ์อักษร ประเมิน ความต้องการความช่วยเหลือ แล้วจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วน แล้วนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกด้าน

ผลคือผู้ป่วย และญาติ สามารถจัดการวางแผน การดูแล ร่วมกับแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ลดความเจ็บปวด ค่าใช้จ่าย และสามารถตัดสินใจ วางแผนการเสียชีวิต ทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้าน

### บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) :

หลังจากทราบความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย นำจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วน แล้ววางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกด้าน โดย

- การดูแลด้านร่างกายให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ดูแลให้ได้ยาลดปวด
- แนะนำวิธีการเตรียมตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติโดยยึดศาสนา และ ความเชื่อ ใช้หลักการให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วย และครอบครัว
- จัดกิจกรรมชุมชนเช่น เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด กิจกรรมด้านจิตใจ เช่น มีบริเวณที่เป็นส่วนตัว สงบ ญาติดูแลได้ตลอด มีหนังสือธรรมะ แผ่น ธรรมะ, เพลง เพื่อการผ่อนคลาย จัดกิจกรรมด้านศาสนาให้ เช่น การสวดมนต์ การทำสังฆทาน ฯลฯ
- ส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านต่อในรายที่ขอกลับบ้าน มีระบบ การดูแลที่บ้าน โดยทีม PCC/รพสต ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามดูแลจิตใจครอบครัว ต่อจนเข้าสู่ภาวะปกติ
- ผลคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ มากกว่า80% ต้องการมีชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านกับครอบครัว 60% ทำใจยอมรับความตายได้ แต่ยังคงกลัว ส่วนใหญ่จากไปอย่างสงบ ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยผ่านการศึกษาระบบ ธรรมะ ทำสมาธิ ส่วนครอบครัวหลังจากรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย และทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย โดยยึดศาสนา ผ่านการให้คำปรึกษาทั้งรายคนหรือ กลุ่มในครอบครัว ส่วนใหญ่พอใจกับ

วิธีการของทีม รับผิดชอบต่อคนรัก เพราะได้ทำตามกระบวนการดูแลอย่างเต็มที่ตามความเชื่อของแต่ละคน

**บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ :**

- ผู้ป่วยชาย มะเร็งตับ ต้องการกลับบ้านหลังจากอาการทรمانด้านร่างกายลดลง โดยใช้การพูดคุยเตรียมจิตใจ และแนะนำการฝึกสมาธิเบื้องต้นให้ ภรรยาและบุตรไม่ต้องการพากลับบ้านเนื่องจากกลัวดูแลไม่ได้ ได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย การรักษา การดำเนินของโรค และความรู้สึกนึกคิด ความต้องการของผู้ป่วย ภรรยาและบุตรตัดสินใจ รับผู้ป่วยกลับบ้าน เรียนรู้อาการและการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ หลังจากกลับบ้านได้ หนึ่งสัปดาห์ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ กับภรรยาและบุตร คำสุดท้ายที่ผู้ป่วยพูดคือ “พุทโธ” จากการสัมภาษณ์ บุตรสาว บอกว่า “หนูไม่คิดว่า ความตายไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด และมีความสุขที่สุดที่ได้มีโอกาสดูแลพ่อจนวินาทีสุดท้าย ได้ทำให้พ่อในสิ่งที่ท่านต้องการคือหมดลมหายใจ ในบ้านที่พ่อสร้าง อยู่กับแม่และลูก”

- หญิงไทยอายุ 82 ปีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจากการ เจ็บป่วยด้วยโรค CA gall bladder with Cholangitis On PTBD ร่วมกับมีภาวะ Septic shock และ Hyponatremia ที่แผนกศัลยกรรมได้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติซึ่งต้องการดูแลแบบ palliative and End of life care โดยจากการประเมินพบ PPS v2 = 30% จึงได้จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกเพื่อจะได้อยู่กับบุตร-ญาติอย่างใกล้ชิด, มีอาการท้องบวมโตปวดแน่นท้องปวดมากเวลาพลิกตะแคงตัวจน หน้านี้วี่วี่ขมวดร้องคราง Pain score = 8 คะแนน ซึ่งแพทย์ได้ทำการรักษาบรรเทาปวดด้วย strong opioid ทางหลอดเลือดดำ, เหนื่อยหายใจลำบาก ได้ทำการดูแลโดยจัดทำสิริระสูงแนะนำญาตินัดพ่อนคลายร่วมกับให้ออกซิเจน, มีอาการเหนื่อยเพลียทานได้น้อยวางแผนร่วมกับญาติ และโภชนาการ On NG feed

- จากการพูดคุยกับญาติเรื่องภาวะเจ็บป่วย ญาติเข้าใจว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมาก็เคยเห็นเคยได้ยินเพื่อนบ้านที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ก็จะรักษาไม่หายและเสียชีวิตในที่สุดซึ่งตัวคุณยายคงจะเหมือนกันเพราะสูงอายุร่วมด้วย และจากอาการคุณยายเมื่อเทียบกับอาทิตย์ก่อนๆ พบว่าอาการคุณยายจะทรุดลงเรื่อยๆคงอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งทางลูกๆได้ตกลงกันว่าหากอาการคุณยายทรุดหนักกว่านี้ก็ไม่ต้องการให้ใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจเพราะคิดว่าไม่ได้ช่วยให้โรคมะเร็งของคุณยายหายไป และคุณยายคงจะเจ็บ ทรมาณ ร่วมกับตัวผู้ป่วยบอกไว้ไม่ให้ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ให้ปั๊มหัวใจ ลูกๆทุกคนอยากให้คุณยายไปอย่างสงบ ไม่ทรมาณ ไม่เจ็บปวด ส่วนเรื่องพาคณยายกลับบ้านนั้นเป็นไปลำบากขอให้คุณยายอยู่รพ.จนเสียชีวิตถึงจะนำคุณยายกลับบ้าน เนื่องจากที่อยู่อาศัยเป็นห้องเล็กๆคับแคบๆอยู่กันหลายคน และไม่มีคนดูแลคุณยายได้ตลอดเวลาเพราะ

คุณยายมีลูก 3 คน ลูกชายคนโตต้องรับจ้างทำงานที่ตลาดวารินจะสามารถมาดูแลคุณยายได้ช่วง 18.00-08.00 น. ลูกชายคนกลางต้องทำงานขับรถรับจ้างส่งของต่างจังหวัด 2-3 วันถึงจะได้กลับมา ส่วนลูกสาวคนสุดท้องแต่งงานยังไม่ได้ลูกติดสุราทั้งสามีภรรยาทะเลาะและเปิดเพลงเสียงดังบอกร้องไม่ฟัง ซึ่งได้ประสานรพสต.เขตพื้นที่รับผิดชอบประเมินและร่วม วางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมโรงพยาบาลโดยวางแผนให้ผู้ป่วยและญาติอยู่รพ.จนถึงวาระสุดท้าย ร่วมกับแนะนำประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยและญาตินับถือโดยลูกได้ทำพิธีขอขมาผู้ป่วยและได้ นิมนตร์พระภิกษุที่นับถือมาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร, ซึ่ง 2 วัน หลังได้ทำบุญตักบาตรผู้ป่วยก็ได้จากไปอย่างสงบพร้อมเสียงเทปธรรมะ โดยมีบุตรดูแลอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาลวารินชำราบ

#### บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินอาการเจ็บปวด :

ศูนย์วารินรักษ์ (2562) อาการปวดทางด้านร่างกาย : ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความเจ็บปวดด้วย เครื่องมือ

1. ชนิดมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale : NRS) เป็นมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง ที่มีตัวเลขแสดงระดับความปวดบนเส้นตรง โดยแบ่งเป็นสเกล ตั้งแต่ 0 – 10 เริ่มจากซ้ายมือสุด คือ 0 หมายถึง “ไม่ปวดเลย” ปลายเส้นตรงขวามือสุด คือ 10 หมายถึง “ปวดมากที่สุดที่จินตนาการได้”

2. ชนิดมาตรวัดความปวดรูปหน้า (Faces Pain Scale) เป็นมาตรวัด โดยเรียงลำดับภาพการ์ตูน 6 หน้า โดยภาพแรกจะเป็นภาพการ์ตูนยิ้ม หมายถึง ไม่มีความปวดเลย จากนั้นภาพจะค่อยๆ เปลี่ยนไป จนกระทั่งถึงภาพสุดท้ายเป็นภาพการ์ตูนที่แสดงสีหน้าทุกข์ ร้องไห้ หมายถึง ปวดมากที่สุดจนกระทั่งร้องไห้ และมีการแสดงคะแนนจาก 0- 10 ภายใต้อุปหน้า ซึ่งเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “Wong Baker Faces Pain Scale”

#### 3. ความหมายของคะแนน

คะแนน 0	ไม่มีความเจ็บปวด
คะแนน 1-2	มีความเจ็บปวดเล็กน้อย
คะแนน 3-6	มีความเจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง
คะแนน 7-10	มีความเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง

## บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดในโรงพยาบาล :

### 1. การจัดการกับการเจ็บปวด

#### 1.1 การประเมินความรุนแรงของอาการปวด

- a) ครั้งแรกขณะรับใหม่หรือรับย้าย
- b) ประเมินทุก 4 ชั่วโมงพร้อมกับสัญญาณ
- c) เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดต้องมีการประเมินทุกครั้ง
- d) ให้มีการประเมินซ้ำ หลังการได้รับการดูแลอาการปวด ดังนี้
  - d.1) 15 – 30 นาทีหลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีด
  - d.2) 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดกิน
  - d.3) 30 นาที หลังได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด

#### 1.2 วิธีจัดการหรือบรรเทาอาการปวด

### ตารางที่ 2.1 การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดของศูนย์วารีรักษ์

วิธีการ	แนวทางบรรเทาปวด		
ไม่ใช้ยา	1.2.1.2.1	จัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย	
	1.2.1.2.2	นวด-ยืดเหยียดให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย	
	1.2.1.2.3	กำหนดลมหายใจเข้า-ออก	
โดยการใช้ยา	Pain 1-3 คะแนน	Pain 4-6 คะแนน	7-10 คะแนน
	paracetamol	Weak opioid : Codeine + Non opioid	Strong Opioid : Morphine + Non opioid
Plus Adjuvant analgesia if required e.g. NSAID + anticonvulsant/ antidepressant			

ที่มา : ศูนย์วารีรักษ์ , (2562).

## บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดซึ่งผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน :

ศูนย์วารีรักษ์ (2562) การจัดการหรือบรรเทาปวดด้านจิตใจ, สังคม และจิตวิญญาณ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการดูแลแบบ palliative and end of life care จะได้รับการประเมินและการพูดคุยแบบรายกรณีเพื่อค้นหาปัญหา, การยอมรับ และการจัดการต่อผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยโดยเทคนิค SPIKES หรือ IFFE พร้อมวางแผนร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการ

ช่วยเหลือบรรเทาปัญหาในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง จากทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ตั้งแต่โรงพยาบาลคู่บ้าน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม และมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานหลัก เพื่อตอบสนองความต้องการที่สำคัญช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผ่านไปสู่วาระสุดท้ายอย่างมีความสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### ผลการพัฒนาที่สำคัญศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ:

ตารางที่ 2.2 ผลการพัฒนาที่สำคัญศูนย์วารินรักษ์

มาตรฐาน	Score	DALI GAP	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปี ข้างหน้า
-การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.5	• L	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดตั้งศูนย์การดูแลระดับประคอง (ศูนย์วารินรักษ์) เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแล และมาตรฐาน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งใน และนอก โรงพยาบาล</li> <li>ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรให้ครอบคลุม</li> <li>สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เชื่อมต่อถึงชุมชน และ ระบบการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน พัฒนา</li> <li>ปรับปรุงแบบประเมินให้เหมาะสมกับบริบท</li> </ul>
-การบำบัดอาการเจ็บปวด	3.5	• L	<ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีความทุกข์ทรมานในการเจ็บปวดได้รับการบรรเทาอาการปวดได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ</li> </ul>

ที่มา : ศูนย์วารินรักษ์, (2562).

กล่าวโดยสรุปว่า บริบทของศูนย์วารินรักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ สาขาต่าง ๆ หรือผู้ป่วยและญาติต้องการ รวมทั้ง ผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ที่ต้องได้รับการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วย และญาติ จะได้รับการดูแล แบบองค์รวม แบบรายกรณี จากทีมสหวิชาชีพ โดยมี แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ร่วมกับ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และเภสัชกร ที่ผ่านการอบรม การดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง และ ระยะสุดท้าย เป็นทีมสหวิชาชีพ ประจำศูนย์ วารินรักษ์ ภายในโรงพยาบาล มีการจัดบริการ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน เฉพาะการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และ ระยะสุดท้าย รวมทั้งรับปรึกษา และย้ายโอนการดูแล จาก แผนกต่างๆและ ส่งต่อ ประสานงาน การดูแลที่บ้าน โดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และภาคีเครือข่าย ใน PCC/รพสต. ที่รับผิดชอบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้ง ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผ่านไปสู่วาระสุดท้ายอย่างมีความสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

## 5. แนวคิดและทฤษฎี การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมมีความสำคัญอย่างมาก ในการที่จะพัฒนาคุณภาพขององค์กร เพราะว่าเมื่อ บุคคลใด ได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้วมักจะ ไม่ค่อยเกิดการต่อต้านเกี่ยวกับแนวคิด การดำเนินงาน รวมทั้ง การมีส่วนร่วมยังช่วยลดความขัดแย้ง และความตึงเครียดจากการทำงาน ส่งผลให้ทำให้บุคคลได้ ร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน เพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย และได้รับการยอมรับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จให้กับองค์กร ซึ่งทำให้นุคลากรมี ความรู้สึกพึงพอใจในผลงานที่เกิดขึ้น และบุคลากรเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกเป็น เจ้าของ และมีความผูกพันกับองค์กรมากขึ้น ผลที่ได้สุดท้ายคือ องค์กรมีคุณภาพ

การมีส่วนร่วมมีความหมาย ลักษณะการมีส่วนร่วม ความสำคัญของการมีส่วนร่วม กระบวนการมีส่วนร่วมหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

### 5.1 การมีส่วนร่วมมีความหมาย ดังนี้

ความหมายของการมีส่วนร่วมมีการนิยามได้แก่

ไชยภูมิ สิทธิวัจ (2555 อ้างอิงใน วิษณุ ทรายแก้ว, 2560, น. 20) การมีส่วนร่วมของ ประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ภาครัฐ สนับสนุน ส่งเสริมชักนำและสร้างโอกาสให้ประชาชน ในชุมชน ในส่วนบุคคล ชมรม กลุ่มคน มูลนิธิ สมาคม และองค์กรอาสาสมัครในรูปแบบต่าง ๆ ได้ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นการมีส่วนร่วมหมายถึง การที่กลุ่มบุคคล มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ไม่ว่าจะ



เป็นกลุ่มคนหรือปัจเจกบุคคล ร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมแรง ร่วมใจ และร่วมกันรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการดำเนินการพัฒนา เป็นเทคนิคอย่างหนึ่ง ที่ผู้บริหารต้องการ เมื่อบุคคลได้รับการเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว ก็จะไม่ค่อยเกิดการต่อต้าน รวมทั้งการช่วยลด ความขัดแย้ง และความเครียดจากการทำงาน ทำให้ทุกคนได้ร่วมเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะไม่ค่อยเกิด การต่อต้านมากนัก รวมถึงทั้งช่วยลดการเกิดความขัดแย้งและดึงความเครียดจากการทำงาน ทำให้ บุคคลนั้น ได้ร่วมกันพิจารณาปรับปรุง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน จะรู้สึกพอใจใน ผลงานที่เกิดขึ้น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ทำ ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการช่วยกันสร้าง ความสำเร็จให้กับองค์กร ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน และมีความผูกพันกับองค์กรไปด้วย เพื่อจะได้นำไปสู่เป้าหมายขององค์กร และสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

วิชฌุ ทราษแก้ว (2560) การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง เป็นกระบวนการที่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับโอกาสที่จะได้แสดงออกซึ่งสิ่งที่พวกเขาต้องการ แสดงออกถึงความคิด มีการแสดงออกในสิ่งที่ต้องการ แสดงออกกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และแสดงออกโดยวิธีแก้ไข ปัญหา และมีการลงมือปฏิบัติ โดยมีการช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอกให้น้อยที่สุด

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527 อ้างถึงใน สิริินญา นิมพรี, 2552, น. 20) การมีส่วนร่วม ของประชาชน หมายถึง เป็นกระบวนการที่ให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการ ดำเนินการพัฒนา ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ร่วมกันใช้ความคิด สร้างสรรค์ และความชำนาญที่มี ร่วมกับวิทยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนการติดตาม การปฏิบัติงานขององค์กร และเจ้าหน้าที่ส่วนที่เกี่ยวข้อง

นิรันดร์ วุฒิเวศย์ (2527 อ้างถึงใน สิริินญา นิมพรี, 2552, น. 20) ได้ให้ความว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ และจิตใจ ของบุคคลคนหนึ่ง ในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลการเกี่ยวข้องดังกล่าว ทำให้เร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มๆนั้น และทำให้เกิดรู้สึกผิดชอบร่วมกันของภายในกลุ่มด้วย

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2543 อ้างถึงใน วรรณดี จันทร์ศิริ, 2545, น. 26) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมกลุ่มอย่างแข็งขันและเต็มความสามารถของ บุคคลที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ของโครงการต่างๆ หรืองานพัฒนาของชุมชน โดยเฉพาะการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมนั้นจะเป็นเครื่องรับประกันว่า สิ่งที่มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้มีส่วนร่วมต้องการนั้น ได้รับการตอบสนอง และมีความตรงกับ ความ ต้องการ และผู้เข้าร่วมจะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2537 อ้างถึงใน เสาวนีย์ เดือนเด่น, 2558, น. 19) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมว่าเป็นการที่บุคคล หรือคณะของบุคคลนั้นเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ในด้านต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ อาจจะเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารจัดการ และประสิทธิผลขององค์กรนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจ และประสิทธิผลขององค์กรขึ้นอยู่กับความร่วมมือพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์กรนั้นในการปฏิบัติภารกิจ ให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิดสติปัญญา ก็คือ การมีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์กรนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง (involvement) ในการดำเนินการปฏิบัติภารกิจต่างๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (commitment) ต่อกิจกรรมและองค์กรในที่สุด

**กล่าวโดยสรุป** ได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนา เพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืน และมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งพาตัวเองได้ ดังนั้น การพัฒนาจึงควรมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้อำนาจ และการพัฒนาศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและตัดสินใจ แนวทางในการแก้ไขปัญหา พัฒนาด้วยตนเอง โดยการมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็น เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาตนเอง ชุมชน

**หลักการพัฒนาการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ควรได้รับการพัฒนา ด้านทักษะที่จำเป็นในการมีส่วนร่วม คือ**

1. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill)
2. ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Communication Skill)
3. ทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Building Skill)

ทั้งนี้ เพื่อให้ได้เรียนรู้และค้นหาศักยภาพของตนเอง และก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในอนาคต จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีพื้นฐานการศึกษาเพื่อประชาชน (Popular Education)

## 5.2 การมีส่วนร่วมมีความสำคัญ

อดิศร วงศ์คงเดช (2539 อ้างถึงใน เสาวนีย์ เดือนเด่น, 2557, น. 30)

1. การมีส่วนร่วมทำให้ชุมชนตระหนักในปัญหา และมีความตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนา หรือแก้ปัญหา
2. การมีส่วนร่วมทำให้ชุมชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่
3. การมีส่วนร่วมเป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในชุมชน

4. การมีส่วนร่วมชุมชนเกิดความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ส่งผลให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวร
5. การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถ และพลังชุมชนในการพึ่งตนเอง
6. การมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมระบอบของประชาธิปไตย
7. การมีส่วนร่วม ชุมชนร่วมกันรับผิดชอบและมีอำนาจในการบริหารพัฒนาชุมชนตัวเอง
8. การมีส่วนร่วม เป็นการแสดงออกถึงการเคารพ นับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รัก และศรัทธาในชุมชน

### 5.3 การมีส่วนร่วมมีปัจจัยที่มีผล ดังนี้

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 อ้างถึงใน ไชยภูมิ สิทธิวิง 2555, น. 8) ความสำคัญของการมีส่วนร่วมนั้น อยู่ที่การเปิดโอกาสให้คนอื่นๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การตัดสินใจ การริเริ่ม การร่วมรับผิดชอบ การวางแผน ตลอดจนการร่วมประเมินผล มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเรื่องของปัจจัยนั้น ที่มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมดังนี้ ความสำเร็จในการพัฒนาแบบระดมความร่วมมือ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งแต่เริ่มต้นว่า มีปัญหาอะไร สาเหตุของการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ด้านความคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ โดยใช้ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นที่มีอยู่อย่างเต็มที่
2. การผสมผสานกับแผนงาน และโครงการในส่วนราชการ ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณภาพเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน และตอบสนองกับผลประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง ตามเวลา และสถานที่
3. การสร้างองค์กรในท้องถิ่น มีกลไกด้านการประสานงาน ด้านงบประมาณ ด้านปัจจัยการดำเนินงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตามความต้องการอันจำเป็น

#### **ปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัย คือ**

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 อ้างถึงใน ไชยภูมิ สิทธิวิง 2555, น. 8)

1. ปัจจัยผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนภายในของตัวบุคคล ซึ่งเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล
2. ปัจจัยผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
3. ปัจจัยผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชน แรงผลักดันจากบุคคลอื่น

4. ปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชน รางวัลตอบแทน ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา โดยหวังประโยชน์ตอบแทน

## 6. กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C)

### 6.1 ความหมายของกระบวนการ A-I-C

กระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคหรือ แนวทางที่จะส่งเสริมการให้สมาชิกในองค์กร ร่วมกันเรียนรู้ในกิจกรรมการมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้การทำงาน และพัฒนาร่วมกัน กระบวนการ A-I-C ได้ริเริ่มและมีการนำมาเผยแพร่ ทดลองใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 โดยนางทูลิด ซาโร (Ms. Turid Saro) และนายวิลเลียม อี สมิธ (Mr. William E Smith) ได้ร่วมกับสมาคมพัฒนา ประชากรและชุมชน และมีสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในต่อมาช่วงปี พ.ศ. 2536 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน กองฝึกอบรม และ กรมพัฒนาชุมชน ได้นำแนวคิดเหล่านี้มาดัดแปลง และมาฝึกปฏิบัติในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมสมองในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาระดับ หมู่บ้านและตำบล (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2537 อ้างถึงใน สิริินญา ฉิมพาลี, 2553, น.27) กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการประชุมเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อระดมสมองและความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา หาแนวทางในการ พัฒนาอย่างสร้างสรรค์

**A - Appreciation** คือ การยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อนสมาชิก เข้าใจ ข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่มีฐึ่กต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อน สมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

**I - Influence** คือ การใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่ มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

**C - Control** คือ การนำยุทธศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับ ไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจเกิดเป็น พันธสัญญา ข้อผูกพันแก่ตนเอง เพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2543, น.17 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ 2545, น.26) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำร่วมกันของบุคคลในการพัฒนามี 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as a mean) หมายถึงการมีส่วนร่วมเป็น มรรค วิธีของการนำทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน ไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่ วางไว้ก่อนแล้ว

2. การมีส่วนร่วมเป้าประสงค์ (Participation as a end) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม แต่การมีส่วนร่วมก็ยังคงอยู่ตลอดไป ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน

ประพนธ์ ปิยะรัตน์ (2543, น.14 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ (2545, น.26) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญ ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศกลวิธีทศวรรษที่สามของการพัฒนาระหว่างประเทศในปี 2543 ว่าเป้าหมายของการพัฒนาอยู่ที่ความผาสุกของประชาชนทั้งมวลถ้วนหน้าโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม

อติศรา ชูชาติ และคณะ (2538, น. 9 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ (2545, น.26) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปการพัฒนา ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

**กล่าวโดยสรุป** แนวคิดต่างๆ กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนา ก่อให้เกิดความยั่งยืน และมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นในการพัฒนาจึงมุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้อำนาจและพัฒนาศักยภาพในการคิดค้นวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาตนเอง ชุมชนและท้องถิ่น

**หลักการพัฒนาการทำงานแบบมีส่วนร่วม จะได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการทำงานแบบมีส่วนร่วม คือ**

1. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill)
2. ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Communication Skill)
3. ทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Building Skill)

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และค้นหาศักยภาพของตนเองก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีพื้นฐานการศึกษาเพื่อปวงชน(Popular Education)

## 6.2 แนวคิดของกระบวนการ A-I-C

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2542, น.8 อ้างถึงใน วรรณคดี จันทศิริ (2545, น.29)

ให้แนวคิดว่า

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน (Stakeholder) ต้องกำหนดความประสงค์ร่วมกันก่อน ต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ มีความปรารถนาดีและเป็นมิตร เคารพความเห็นของกันและกันให้เกิดความพอใจเสียก่อน

2. ต้องร่วมกันหาวิถีให้บรรลุความประสงค์ด้วยการริเริ่มคิดวิเคราะห์ แยกแยะด้วยปัญญา และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกัน โดยไม่ยึดติดกับกรอบแนวทางที่ตนคุ้นเคย จึงจะได้วิธีการที่สำคัญ มีพลัง มีประสิทธิภาพ

3. ต้องทำแผนปฏิบัติการระบุว่าทำอะไร เพื่อให้ได้อะไร มีเหตุผลอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครร่วมมือ ติดตามประเมินผลอย่างไร มีอะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทรัพยากรได้จากไหน

4. การปฏิบัติตามแผน ความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

5. มีการติดตามผล เรียนรู้ ปรับปรุงภารกิจ จากประสบการณ์ที่ทำงาน

วีระ นิยมวัน (2542:6 อ้างถึงใน สิริธนา จิมศิริ, 2553, น. 28) ได้เสนอแนวคิดว่าใน ยุคการพัฒนาคน ต้องมีการพัฒนาให้เป็นคนพัฒนา ซึ่งจะเป็นคนพัฒนา ได้ต้องจัดการให้คนที่มีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นของตนเอง (Human Centered) มาร่วมกันคิดสร้างสรรค์ เปลี่ยนจากคนที่เรียนรู้จากการสอนให้จำ ทำให้ดู เป็นแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ เพื่อวิเคราะห์และร่วมกันเลือกเองตัดสินใจเอง มีวุฒิภาวะ ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างระบบและทำเอง

## 6.3 ขั้นตอนของกระบวนการ AIC (ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล, 2547)

### 6.3.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

เป็นขั้นตอนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในแต่ละขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แสดงความเห็น และรับฟังแล้วช่วยกันข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์แบบประชาธิปไตย มีการยอมรับความคิดของเพื่อนสมาชิกร่วมประชุม โดยใช้การใช้การวาดรูปเพื่อเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

**A1** : วิเคราะห์สภาพของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

**A2** : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาที่ต้องการอย่างไรโดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

1) วาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เกิดจินตนาการ คิดการวิเคราะห์ จนกระทั่งได้ข้อสรุปมาเป็นรูปภาพ และทำให้ช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการวาดรูป สามารถการเขียนสามารถสื่อสารได้

2) ช่วยในการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการสามารถคิดและพูด เพื่ออธิบายรูปภาพที่ตนเองวาด ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่นๆ ได้มีการซักถามข้อมูลจากรูปภาพ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และสามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการที่ไม่ค่อยกล้าพูด ได้มีโอกาสนำเสนอ

3) การรวบรวมภาพของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการแต่ละบุคคล เพื่อเป็นรูปภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยทำให้มีความง่าย ต่อการรวบรวมข้อมูลของแนวคิดผู้เข้าร่วมประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และการได้มีส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

4) ช่วยทำให้เสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุขเป็นกันเองในระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม และในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุม มักจะมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นตัววิทยากรจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และนำเกมต่างๆมาเกี่ยวข้องกับการวางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้อุปกรณ์เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

### 6.3.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

เป็นขั้นตอนในการหาวิธีการ และนำเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพที่พึงประสงค์ หรือได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทุกคนจะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และสืบค้นหาเหตุผล เพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่ทำ โครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

**I1 :** คือการคิดเกี่ยวกับกิจกรรม โครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

**I2 :** คือการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่น สามารถทำเองได้เลย  
2) กิจกรรมหรือโครงการ บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

**6.3.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)**

ขั้นตอนการยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

**C1 :** การแบ่งความรับผิดชอบ

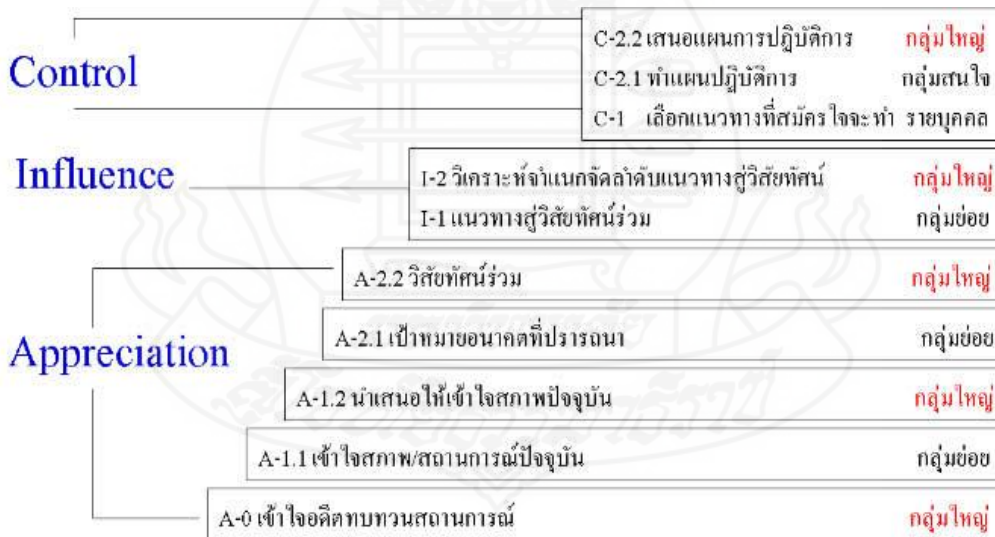
**C2 :** การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือ

- 1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้อำนาจรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการ ของหมู่บ้าน ชุมชน
- 2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน
- 3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

**6.4 ขั้นตอนในการดำเนินการกระบวนการ A-I-C ที่ใช้ในการฝึกอบรม มี 3 ขั้นตอน**

ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล, (2547).



ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนในการดำเนินการกระบวนการ A-I-C

ที่มา : ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล, (2547).



## ขั้นตอนที่ 1 Appreciation

A-0 ความเป็นมาจากอดีต เพื่อให้เข้าใจสภาพปัจจุบัน การทบทวนสถานการณ์ ที่ผ่าน มาจะช่วยให้สมาชิก มองเห็นภาพ ปัจจุบัน และอนาคตชัดเจนขึ้น วิทยากร ผู้รู้ร่วมให้ประสบการณ์ เพิ่มเติม ซึ่งกิจกรรมนี้ถือเป็นกิจกรรมอุ่นเครื่อง ก่อนเข้า สู่กระบวนการ A-1

### A-1.1 สภาพ สถานการณ์ ปัจจุบัน

1. สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อย วาดภาพลงบนแผ่นกระดาษ จากมุมมองของตนเอง กลุ่มย่อยอาจใช้กล่อมเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้หญิงล้วน กลุ่มผู้ชายล้วน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มข้าราชการ ให้เวลาวาดภาพประมาณ 10-15 นาที

2. สมาชิกแต่ละคนเล่าภาพของตน สมาชิกคนอื่นตั้งใจฟัง และสอบถามได้ แต่ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อเปิดโอกาส ให้รับฟังรับรู้ จดจำ ข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น อย่างเต็มที่

3. ทุกคน นำภาพของตัวเองมารวม บนกระดาษแผ่นใหญ่ และช่วยกันเติมให้เป็น ภาพรวมเพียงภาพเดียวของกลุ่ม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม และยอมรับความคิดซึ่งกันและกัน วิทยากรพยายามกระตุ้นให้ทุกคนร่วมกันวาดภาพ

### A-1.2 นำเสนอความเข้าใจสภาพปัจจุบัน

ผู้แทนกลุ่มนำเสนอ อภิปรายความหมายภาพรวมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอื่นจะ ชักถามหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม วิทยากรควรช่วยตั้งคำถาม เพื่อให้การอธิบายชัดเจนขึ้น

### A-2.1 เป้าหมาย อนาคตที่ปรารถนา

1. สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อยวาดภาพจินตนาการถึงภาพชุมชน สภาพที่ตนเองอยาก เห็นในอนาคต ให้เวลาวาดภาพ 10-15 นาที

2. แต่ละคนเล่าถึงภาพของตน แล้วจึงนำภาพของทุกคนมารวมกัน เป็นภาพเดียว โดยช่วยกันต่อเติมให้เป็นภาพ เดียวของกลุ่มที่สมบูรณ์

3. นำเสนอภาพรวมของแต่ละกลุ่ม โดยให้มีผู้แทนกลุ่มคนใหม่นำเสนอ

### A-2.2 วิสัยทัศน์ร่วม

1. วิทยากรนำภาพของทุกกลุ่มมาให้กลุ่มพิจารณาเลือกภาพใดภาพหนึ่ง เพื่อต่อเติม ให้เป็นภาพตัวแทนของอนาคต ที่ต้องการของกลุ่มทุกๆ กลุ่ม

2. คัดเลือกอาสาสมัครช่วยกันเพิ่มเติมภาพ สมาชิกชวนกันบอกความต้องการ เพิ่มเติม การรวมภาพของทุกกลุ่มให้เป็นภาพ เดียวกัน เป็นขั้นตอนสำคัญที่จำเป็น เพื่อให้สมาชิกทุกคน ได้สร้างทิศทางไปสู่อนาคต ร่วมกันเป็นภาพเดียวกัน รู้สึกเป็นเจ้าของความคิดร่วมกัน วิทยากร กระตุ้นให้แต่ละคนในใจไว้ว่า ถ้าจะให้เป็นจริงตามภาพจะอย่างไรบ้าง

## ขั้นตอนที่ 2 Influence

### I-1 แนวทางการพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ร่วม

1. วิทยากรทบทวนวิสัยทัศน์ร่วม (Vision) และให้โอกาสสมาชิกปรับปรุงเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

2. สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทาง กิจกรรม ลักษณะ โครงการบนแผ่นกระดาษ เพื่อให้เสนอให้กลุ่มย่อยพิจารณา ให้ความคิดส่วนตัว 10-15 นาที

3. แต่ละคนนำเสนอแนวทาง โดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์

4. รวบรวมข้อเสนอแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม

5. ผู้แทนกลุ่มนำเสนอสมาชิกกลุ่มกันซักถามให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

### I-2 วิเคราะห์ จำแนก และจัดลำดับพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ร่วม

1. พิจารณาแนวทาง กิจกรรมแต่ละข้อ โดยจัดลำดับความสำคัญ ความต้องการ การเกื้อหนุนจากคน องค์กรใด ที่เห็นว่าสำคัญ และควรคำนึงถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ

2. ผู้แทนกลุ่มคัดเลือก จัดกิจกรรมไว้เป็นประเภท โดยรวมกิจกรรมที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน และจัดประเภทกิจกรรม ที่สมาชิกทำตัวเอง กิจกรรมที่ร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่น กิจกรรมที่ขอความร่วมมือจากองค์กรนอกท้องถิ่น

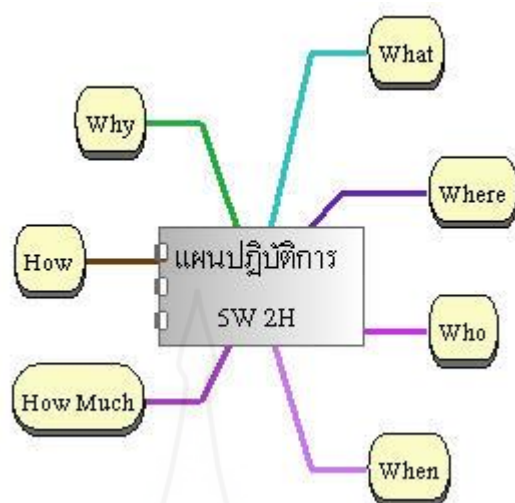
3. เมื่อแยกประเภทแล้ว แต่ละคนพิจารณาว่าหากมีทรัพยากร จำกัด จะเลือกโครงการใดที่คิดว่าสำคัญที่สุด 3-5 กิจกรรม โดยเขียนลำดับบนกระดาษแล้ว รวมคะแนนกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุดให้เป็นลำดับหนึ่ง

### Control

#### C-1 เลือกแนวทาง/กิจกรรมที่จะทำ

1. กิจกรรมที่สามารถทำได้เอง สมาชิกตัดสินใจเลือกที่จะทำโดยลงชื่อในกระดาษของแต่ละกิจกรรม แบ่งกลุ่มย่อย ตามกิจกรรมที่สมาชิกลงชื่อไว้

2. กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับองค์กรอื่นๆ สมาชิกร่วมกันเสนอมอบหมายให้บุคคลหรือกลุ่มดำเนินการประสาน ติดตาม หรือยื่นข้อเสนอ



ภาพที่ 2.4 ทำแผนปฏิบัติการ

ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล, (2547).

### C-2.1 ทำแผนปฏิบัติการ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เอง โดยนำแนวทาง กิจกรรมต่างๆ ที่จำแนกกลุ่มไว้แล้วมาทำแผนปฏิบัติการ โดยตอบ คำถาม ดังนี้

- ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
- ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ เกิดขึ้น)
- ทำอย่างไร (กิจกรรม วิธีดำเนินการ)
- ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณเท่าใด
- ทำที่ไหน (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)
- ทำเมื่อไร (วันเวลาที่จะดำเนินโครงการ)
- ใครบ้างจะช่วยทำ
- ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแล ประสานงาน)

2. กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือสนับสนุนจากองค์กรอื่น นำมาทำแผน โดยตอบ คำถามดังนี้

- ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
- ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ / เกิดขึ้น)
- ประสานงานกับหน่วยงานอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร
- ใครเป็นผู้ประสานงาน ติดตามความก้าวหน้า

### C-2.2 เสนอแผนปฏิบัติการ

1. นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรม
2. อภิปรายเพิ่มเติมและตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่  
ขั้นสุดท้าย คือ การเตรียมการเพื่อเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานขอรับการสนับสนุน หรือส่งเสริมและเข้าร่วมพัฒนา

**6.5 ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การประชุม A-I-C ประสบความสำเร็จได้** (ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล, (2547).

**6.5.1 การจัดประชุมกระบวนการ A-I-C** นี้ "เน้นความเป็นกระบวนการ" จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอน ไม่ได้ เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

#### 6.5.2 การศึกษาและเตรียมชุมชน

1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสม ในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

2) การเตรียมชุมชนเพื่อทำให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจ และส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของ กลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

3) วิทยาการกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการ ประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้ง ที่เหมาะสมในกรณีที่อาจจะเกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่

- (1) เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุปผล
- (2) สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม
- (3) ความคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ

(4) สรุปลักษณะที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป

(5) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ดำเนินการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย และหาข้อยุติให้ได้

(6) วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำ การประชุม ซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม น่าจะจัดคณะมาช่วยโดยแบ่งหน้าที่เป็น

- ผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียนอาหาร เครื่องดื่ม

- ผู้นำการประชุม

- ผู้จัดการกิจกรรมเกมส์ สร้างบรรยากาศ เพื่อการละลายพฤติกรรม คลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละ ขั้นตอน

- ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้คณะฯ จะต้องทำความเข้าใจ ในขั้นตอน และวิธีการให้ตรงกัน สอดรับกัน

## 6.6 ผลดีต่อเครือข่ายด้านการบริหารจัดการ (ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล, 2547)

6.6.1 การบริหารจัดการเครือข่าย ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้การบริหารเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ขอความร่วมมือง่าย

6.6.2 การบริหารจัดการเครือข่าย ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน โดยมีให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจมากเกินไป ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ไม่ถูกต้องอันเกิดผลเสียหายแก่เครือข่ายได้

6.6.3 การบริหารจัดการเครือข่าย เป็นการขจัดปัญหา มิให้การดำเนินนโยบายใด ๆ มีผลต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความยุติธรรมในการดำเนินการต่อทุกฝ่ายได้

6.6.4 การบริหารจัดการเครือข่าย ทำให้การบริหารหรือการพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหา มีความหลากหลายเป็นไปอย่างถี่ถ้วน รอบคอบ เพราะเป็นการระดมแนวคิดจากบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งความรู้ และประสบการณ์

6.6.5 การบริหารจัดการเครือข่าย การรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายจะก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมาย โดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

## 6.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ AIC (สิรินญา นิมพาลี , 2553, น. 32)

6.7.1 เป็นการระดมความคิดสร้างสรรค์ ทำได้ผล แม้ว่าพื้นฐานความรู้และวิถีชีวิตต่างกันมาก

6.7.2 เป็นการพัฒนาคนให้มีทักษะชีวิตไปพร้อมกัน อันเป็นคุณลักษณะของคนพัฒนาพร้อมกับได้แผนงานโครงการ

6.7.3 การประชุมด้วยวิธีนี้เป็นประจำ คนจะรู้ถูกรู้ผิด และปรับปรุงตนเองจากการกระทำอันเป็นทักษะของคนพัฒนาแล้ว เลิกการท่องจำและทำตามสั่งของประธานแบบคนด้อยพัฒนา

6.7.4 ผลการประชุม คือ ภารกิจของทุกคนที่ตนได้นำเสนอ และเลือกกิจกรรมไว้ร่วมกันเป็นการสร้างความรับผิดชอบที่จะนำไปทำตามบทบาทหน้าที่ของตน ถ้าสร้างจิตสำนึกนี้ได้ งานจะไม่ช้าช้อน ไม่ขาดไม่เกิน ได้งานจากความเชี่ยวชาญของแต่ละคนมาร่วมกันทำในเรื่องเดียวกัน สู้วิสัยทัศน์เดียวกัน ผลงานเป็นของทุกคน ทำตามบทบาทหรือศักยภาพของตนเอง

## 6.8 จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการ A-I-C (สิรินญา นิมพาลี, 2553, น.33)

### จุดแข็งของกระบวนการ A-I-C

6.8.1 ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนเกิดความร่วมมือกันทั้งในการใช้สติปัญญา และทรัพยากร

6.8.2 ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้ความเป็นผู้นำ และทราบว่าใครบุคคลที่ควรแสดงออก

6.8.3 ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถประสานความแตกต่าง ความถนัดตัวของแต่ละคน ซึ่งเป็นพลังในการดำเนินการจัดการประเมิณผลได้อย่างมีความสร้างสรรค์

6.8.4 กระบวนการ AIC เป็นเครื่องมือในการจัดการ เพื่อวางแผนกลวิธี และหาทางแก้ปัญหา เพื่อลดความขัดแย้งของคนที่มีส่วนได้ ส่วนเสีย ในเรื่องที่กระทำ

6.8.5 กระบวนการ AIC ทำให้พัฒนาหน่วยงาน และพัฒนาชุมชน

6.8.6 กระบวนการ AIC ทำให้พัฒนากระบวนการจัดการด้วยวิธีใหม่ ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน

### จุดอ่อนของกระบวนการ A-I-C

6.8.7 กระบวนการ AIC ทำให้ต้องทำอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน จึงจะสามารถสัมฤทธิ์ผล และทุกคนมีความพึงพอใจกับงาน ทำให้ทุกคนไม่มีใครตัดสินใจว่าใครทำอะไร ส่วนผู้เข้าร่วมประชุมเองก็สามารถเลือกได้ว่า ตัวเองมีศักยภาพที่จำทำอะไรได้บ้าง

6.8.8 กระบวนการ AIC มีอิทธิพลจากการอภิปรายกับผู้อื่นในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อสถานะของตัวเอง ทำให้ยอมรับสภาพความพร้อมและผู้อื่นซึ่งทำได้ง่าย

6.8.9 กระบวนการ AIC สามารถทำแผนร่วมกับผู้อื่นได้หลายระดับสายงาน และต่างประสบการณ์ต้องมีความเชื่อผู้อื่นบ้าง จึงยากสำหรับผู้ที่เคยชินกับการวางแผนกับพวกเดียวกันจะยอมรับการเปลี่ยนแปลง

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการ A-I-C ดังกล่าวนี้นี้ สรุปได้ว่า กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการที่ได้จากการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกผู้เข้าร่วมทุกคน ได้มีการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ มีการระดมสมอง ทำให้เกิดความเข้าใจของปัญหา คำหาปัญหา แก้ปัญหา สามารถวางแผนร่วมกัน จากกิจกรรมที่วางแผนไว้ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดี

## 7. ความพึงพอใจ

### 7.1 ความหมายของความพึงพอใจ

มีผู้ให้ความหมายไว้ตามหลักทฤษฎีและการศึกษาของแต่ละคนไว้ ดังนี้

Donabedian (1980 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์ 2559, น. 61) ได้ให้ความหมาย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการประสบผลสำเร็จในการทำให้เกิดความสมดุลของผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวังของผู้รับบริการ และประสบการณ์เหล่านั้นเป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังเอาไว้

Campbell (1976 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์ 2559, น. 61) ได้ให้ความหมาย ความพึงพอใจ หมายถึงเป็นความรู้สึกที่อยากให้เป็นไปตามคาดหวัง รู้สึกสมควรที่จะได้รับ ส่วนผลที่ได้นั้นจะเป็นความพึงพอใจหรือไม่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

Good (1973:320 อ้างถึงใน สิริญา นิมพาลี 2553, น. 37) ได้ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจ และมีทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานของเขาเหล่านั้น

กล่าวโดยสรุป จากความหมายของความพึงพอใจใน ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของภายในจิตใจของบุคคล ความสุข ความชอบ ความสบายใจ ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบจากความคาดหวัง กับสิ่งที่ได้รับกลับมา หากได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการก็จะทำให้รู้สึกพึงพอใจ แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ

## 7.2 ความพึงพอใจในการให้บริการ

ภนิกา ชัยปัญญา (2541 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์ 2559, น. 62) ความพึงพอใจในการให้บริการ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นผลจากการเปรียบเทียบการรับรู้ในสิ่งที่ได้รับการบริการ ทั้งการให้บริการและการรับบริการ ในระดับที่ตรงกับรับรู้ในสิ่งที่คาดหวัง เกี่ยวกับการบริการนั้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการ

## 7.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ

ภนิกา ชัยปัญญา (2541 อ้างถึงใน บรรเทิง พลสวัสดิ์ 2559, น. 62) ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ หมายถึง การแสดงออกของความ รู้สึกในด้านบวกของผู้รับบริการต่อกระบวนการต่างๆ และประสิทธิภาพของการจัดการต่อระบบการให้บริการ ทำให้เกิดการปฏิบัติงานของผู้บริการ ได้รับการตอบสนองความต้องการ ที่เป็นไปตามความคาดหวัง

## 7.4 ระดับความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน

Maslow, A.H 1960: 122-124 อ้างถึงใน สิริญา ฉิมพาลี 2553, น. 37-38) เป็นนักจิตวิทยาชาวอังกฤษ กล่าวว่าลำดับขั้นของความพึงพอใจ และความต้องการของบุคคลในลำดับต่างๆ โดยมีพื้นฐานมาจากสมมุติฐาน 3 อย่าง ดังนี้

1. มนุษย์ทุกคนมีความต้องการไม่มีสิ้นสุด トラบใดที่ยังคงมีชีวิตอยู่
2. ความต้องการของมนุษย์มีลำดับขั้นความต้องการจากต่ำไปสูง ตามลำดับของความสำคัญนั้นๆ เช่น เมื่อความต้องการนั้นขั้นต่ำ แต่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการขั้นสูงจะเรียกร้องให้มีการตอบสนองต่อไปเรื่อย ๆ
3. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วนั้น จะไม่เป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมนั้นอีก ส่วนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง จะเป็นแรงจูงใจต่อไป

กล่าวโดยสรุปว่า ความพึงพอใจ หมายถึง แรงจูงใจที่เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนา โดยการแสดงออกในของพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมนั้นมีปัจจัยที่มีผลกระทบ และทั้งนี้แรงจูงใจของแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความต้องการเสมอ แรงจูงใจทำให้เกิดความพึงพอใจ หากขาดปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ การวิจัยในครั้งนี้จึงได้ศึกษาในด้านความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจต่อรูปแบบการทำงาน ความพึงพอใจต่อโครงสร้าง ความพึงพอใจต่อการประสานงาน ความพึงพอใจต่อด้านการสนับสนุนทรัพยากร ความพึงพอใจต่อด้านการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อด้านการประเมินผล



## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในประเทศ

จิตติมา โพธิศรี (2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือและการประสานงานที่ดีของโรงพยาบาลเสลภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ของ CUP เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และญาติผู้ป่วยสามารถดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 20 คน ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยนำร่อง จำนวน 5 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาลต่อโครงการพบว่าเกือบทุกข้อทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล เห็นด้วย ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนของความคิดเห็นมากกว่าหรือเท่ากับ 2.8 มีเพียง ด้านการประสานงานกับผู้รับผิดชอบหลักโดยตรงหรือประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ได้สะดวกขึ้น ด้านการปฏิบัติงานการพัฒนาเครื่องมือมาใช้กับผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีแผนการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ไปประเมินการดูแลแบบประคับประคอง ไปส่งต่อข้อมูล ด้านประเมินผลการติดตามเยี่ยมและแบบฟอร์มตอบกลับ โรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตให้มีความต่อเนื่องของการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ด้านผู้ปฏิบัติงานในชุมชนมีต่อการดำเนินโครงการพบว่า การผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเห็นด้วย ซึ่งค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.0 แต่ระบบการรับส่งต่อข้อมูลและด้านการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในและในชุมชน มีไม่เพียงพอและไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวนน้อยหรือยังไม่มีและระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ และเจ้าผู้ปฏิบัติงานในชุมชนยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเหล่านี้จึงทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานได้ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล มีความพึงพอใจมาก จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ 3.8

เทวี ไชยะเสน (2552) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย วิจัยแบบเชิงพัฒนา พบว่ามีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกาศึกษาประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน โดยใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณมี 3 องค์ประกอบ คือ 1.หลักการของรูปแบบ 2.โครงสร้างของรูปแบบ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ บุคลากร สถานที่ และเครื่องมือที่ใช้ เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน ด้านโครงสร้างการงบประมาณ โครงสร้างด้านบริหารจัดการ 3.การดำเนินตามรูปแบบ แบ่งออก 2 ระยะ คือ

1. ระยะพัฒนารูปแบบ ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ทิศนะคติต่อในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระยะทดลองรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณปานกลางและได้รับการดูแลตามรูปแบบ ความพึงพอใจการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก แลพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับปานกลาง ส่วนข้อมูลที่ได้เชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเห็นชอบในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากพบว่าทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลมากขึ้น

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2552) ศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เป็นงานวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานหน้าย้งมีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การพัฒนามี 3 อย่างคือ 1. ด้านบุคคล คือผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม และความต้องการของผู้ป่วยได้รับการคำนึงและดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต และผู้ป่วยได้รับการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี 2.ด้านบุคลากรทีมสหวิชาชีพ มีความรู้และเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มีเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสุดท้าย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวม 3.ด้านองค์กร องค์กรได้รูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สุมานี ศรีกำเนิด (2552) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบเชิงพรรณนา โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ปัญหาและความต้องการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 7 ราย แลบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 22 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยมากขึ้นทุกระบบ เช่น 1.ปัญหาด้านผู้ป่วย ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านสื่อสาร 2. ปัญหาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น เครียด ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยในบางเวลา และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น มีหนี้สิน ขาดรายได้ 4. ปัญหาด้านระบบบริการทางด้านสุขภาพ เช่น บริการนาน ไม่ได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแล และบุคคลกรในการดูแลไม่เพียงพอ 5. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น บริการที่บ้าน มีแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มียาแก้ปวด และมีเงินช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับการจัดการดูแลพบว่า ชุมชนแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ 1.ระดับบุคคลและครอบครัว คือ ดูแลด้านจิตใจ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง จัดการอาการปวดตามท้องถิ่น 2ระดับชุมชน สร้างกำลังใจ และช่วยเหลือสนับสนุน .3.ระดับสังคม อุปกรณ์การแพทย์ให้ยืม มีกองทุนช่วยเหลือ

ดวงใจ ชารประเดิม (2554) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การศึกษาวิจัยแบบเชิงพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 5 คนพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 5 คน ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ ลักษณะแนวปฏิบัติการพยาบาล ความเป็นไปได้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด สามารถนำมาใช้กับงานในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้และนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นได้

ชีวรรตน์ วิภักดิ์ (2555) ศึกษาการสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร งานวิจัยการศึกษาอิสระ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 27 คน โดยผลการศึกษาพบว่ารูปแบบ

การจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครประกอบด้วย 1. ผู้จัดการรายกรณี โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน 2. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 3. กำหนดแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยนำรูปแบบมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรี ไม่ทรมานเกินไปโรค ในด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าญาติมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สุปรียา ดิยั้ง (2554) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิจัยแบบเชิงทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน โดยรวมทุกด้าน หลังให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

มุกดา ยิ้มย่อง (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ระบบการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และประเมินประสิทธิผลของการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจาก โรงพยาบาลท่าสาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้ง 80 คน ในระยะก่อนพัฒนาระบบจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีการศึกษาวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ และหลังการพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีการประเมินผลจากทีมสหวิชาชีพ พบว่า ด้านการปฏิบัติดีงานดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.58 ด้านโครงสร้างขององค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.42 ด้านประเมินผลลัพธ์ภาพรวมระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.49 ผลการพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาล

ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์ (2557) ศึกษาแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก วิจัยเป็นแบบเชิงพรรณา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์

สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ 1.ทีมผู้ให้บริการ จำนวน 21 2. ผู้ประเมินรูปแบบ 10 คน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมอยู่ในระยะปานกลาง โดยมีปัญหา เช่น ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านประเมินผลลัพธ์ ซึ่งยังคงต้องมีการพัฒนาทุกๆ ด้าน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากวิเคราะห์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลาม ด้านโครงสร้าง ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการประเมินผล ทำให้มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการจัดการดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลวังเจ้าได้ร้อยละ 91.96

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และคณะ (2557) ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชนของกรุงเทพมหานคร เป็นงานวิจัยแบบเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน และศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มประชากรที่ศึกษา 1.ผู้ให้บริการ ทีมสุขภาพ 9 คน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และพระ จำนวน 9 คน 2.กลุ่มผู้รับบริการ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 7 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 9 คน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน คือญาติมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนคน ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพ ทำหน้าที่คอยให้การช่วยเหลือ และช่วยตัดสินใจตามสถานการณ์ของผู้ป่วย การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยระดับ 5 การรับรู้ทางสังคมผู้ป่วยรับรู้ระดับพอใจ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชนมีญาติเป็นผู้ดูแลเป็น ส่วนเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และจัดหาอุปกรณ์

สมพร เทพสุริยานนท์ และวิระนุช มยุเรศ (2557) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 60 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 60 คน ผู้ให้บริการคือ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยทีมสหวิชาชีพดูแล ระบบ

สนับสนุนในการดูแลและมีเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อระบบการดูแลทุกด้านผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ทำให้เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 96.41 เกิดประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี

จิระภา หงษ์ตระกูล และคณะ (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบเพื่อนำการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นงานวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่เลี้ยงต่อการใช้นโยบายปฏิบัติและความรู้ของพยาบาล และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ เพื่อนำการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อการรับรู้อาการปวดและหายใจลำบากของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 61 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 17 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า ระบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นไปตามระบบด้านปฏิบัติงาน ด้านการประสานงานระหว่างทีม มีทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดดีขึ้นก่อนการพัฒนากระบวนการดูแล อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยดีขึ้น ยกเว้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาการแย่งทำให้ภาวะหายใจลำบากจะไม่ลดลง ส่วนการรับรู้ภาวะหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.7 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการปฏิบัติอยู่ในแนวระดับสูงร้อยละ 95.5 และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนอบรมต่ำกว่าหลังอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

วีรยา อินทร์คง (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ความพึงพอใจในการบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบบูรณาการ และความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเวียงสระ รวม 20 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน ผลการทดลองพบว่าด้านบุคลากรภายหลังทดลอง ทีมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านความพึงพอใจของทีมสุขภาพหลังการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ 0.001 และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านบริการของทีมสุขภาพ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สมจิตร ประภากร และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ งานวิจัยแบบเชิง ปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้รับบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ค่า PPS score น้อยกว่า 30 จำนวน 96 คน กลุ่มผู้ให้บริการ หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยจำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 36 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่พัฒนาขึ้น มี 4 ด้าน คือ 1.พยาบาลที่เลี้ยงการดูแล ผู้ป่วยมะเร็ง 2.แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วย 3.การเตรียมความพร้อม และญาติผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 4.การเสริมความรู้ โดยการประชุมศึกษาทางการพยาบาล และ 5.ทีม comfort care ผลที่ได้จากการนำระบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเตรียมความพร้อม ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อเครือข่ายดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่าดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สุกัญญา ขงสว่าง และคณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็นวิจัยและพัฒนา โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างใน การวิจัยประกอบด้วย 1.กลุ่มผู้ให้บริการ คือทีมสหวิชาชีพ จำนวน 56 คน 2. กลุ่มผู้รับบริการ คือ ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 คน และ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจำนวน 15 คน การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้รับการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายมีความพึงใจในการดูแลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 และทีมสหวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 95

บรรเทิง พลสวัสดิ์ (2559) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงหนองแห่ จังหวัดอุบลราชธานี วิจัย การและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในชุมชน และเพื่อศึกษานำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชนไปใช้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 3 กลุ่ม 1. กลุ่ม

ผู้ให้บริการ คือทีมสหวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 9 คน 2. กลุ่มผู้รับบริการผู้ป่วยประกอบประกอบ จำนวน 2 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 2 คน 3.เครือข่ายชุมชน จำนวน 8 คน ผลการทดลองพบว่า 1.รูปแบบที่พัฒนา ประกอบด้วย 3 อย่าง คือ การจัดการระบบสุขภาพบริการผู้ป่วยระยะท้าย การบริการจัดการ และการสนับสนุนการบริการ 2.กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3.ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2.ผลการนำรูปแบบการ ประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ต่อการบริการตามรูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทีมผู้ให้บริการพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทีมผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่า สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ได้ในระดับมากที่สุด

ภักวีร์ นาคะวิโร (2560) ได้ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคอง ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมิน Thai PPS มากกว่าหรือเท่ากับ 30 จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของป่วยมะเร็งแบบประคับประคองมีค่าลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ช่วยลดอาการทางกายของผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและ ญาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ธีราภรณ์ จันทร์ดาและคณะ (2560) ได้ศึกษาระบบบริการดูแลแบบ ประคับประคอง:บริบทภาคกลาง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบ บริการดูแลแบบประคับประคองในภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย แพทย์ นักสังคม สงเคราะห์ เภสัช พยาบาล นายกองค้กรบริหารตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข รวมจำนวน 116 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มี 3 อย่างคือ 1.โครงสร้างระบบ บริการระบบบริการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การทำงานแบบเครือข่ายดีขึ้น 2. บริการด้านสุขภาพการดูแล แบบประคับประคอง บุคลากรทำงานเป็นทีมและเป็นระบบมากขึ้น มีความสุขในการทำงาน ลดอัตราการตาย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 3.ผลลัพธ์ของบริการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้ระบบบริการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพมีความสุขในการทำงาน มีความรู้ในปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในการดูแลมากขึ้น



บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องเห อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องเห กลุ่มตัวอย่างวิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นนี้มี 3 อย่างคือ 1.ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องเห 2.ด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ 3.ด้านกระบวนการจัดการ โดยทีมสหวิชาชีพ สถานบริการที่เกี่ยวข้อง และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้เกิดความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก มีการปฏิบัติตามแนวทางของระบบใหม่ร้อยละ 90.0 ทำให้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เกิดการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายในพื้นที่มากขึ้น

สุกัญญา วิริย โภคน และคณะ (2560) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจาก โรงพยาบาลคู่มือข่ายชุมชน อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร งานวิจัยเป็นแบบเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบดูแลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจาก โรงพยาบาลคู่มือข่ายชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมจำนวน 21 คน ผู้ป่วยมะเร็งติ่งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในชุมชน 37 คน รวมทั้งหมด 58 คน ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจาก โรงพยาบาลคู่มือข่ายชุมชนมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินในการเชื่อมผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย(PPS score) และใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเป็นกำหนดผลของการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงตาม PPS score และครอบคลุมในด้าน กายจิต จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีร้อยละ 96.0 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงร้อยละ 98.2 ส่งผลให้ผู้ป่วยญาติมีความพึงพอใจการดูแลร้อยละ 98.0 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจาก โรงพยาบาลคู่มือข่ายชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในการดูแลมากขึ้น

จิระประภา และคณะ (2561) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และผลการดำเนินการที่ผ่านมา และศึกษาถอดบทเรียนวิวัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1.เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.ผู้ป่วยจำนวน รวม 46 คน ผลการศึกษาพบว่าวิวัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การพัฒนาด้วยโครงสร้าง ด้านสนับสนุนบุคลากร ด้านปฏิบัติงานเครือข่าย ด้านการประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงมากขึ้น มีเครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.88 เป็นร้อยละ 98.93 การเยี่ยมบ้านจากร้อยละ 78.06 เป็นร้อยละ 97.68 การใช้ยา opioids เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.47 เป็นร้อยละ 99.57 ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์

ธนิวรรณ ภูตระกูล (2561) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และศึกษาผลของระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและ อายุกรรม จำนวน 12 คนทำหน้าที่ทำตามระบบแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 12 คน ทำหน้าที่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเจ็บปวดหลังการพัฒนากระบวนการดูแลลดลงเล็กน้อย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมาก พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระบบแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการพัฒนาระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ภายนอกประเทศ

Kyriaki Mystakidou และคณะ (2002) ศึกษาการประเมินครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล และเปิดเผยข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบความสมเหตุสมผลของเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 146 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบสอบถามชนิดประเมินตนเองอย่างสั้น 2 ข้อที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้อาจจะได้รับการยอมรับและมีความเหมาะสมในการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

Robin L.Fainsinger และคณะ (2007) ศึกษาเอ็ดมอนตัน แคนาดา: รูปแบบระดับเขตของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง งานวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบระดับเขตของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเครือข่ายสุขภาพในเมืองเอ็ดมอนตัน ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบใหม่ของการให้บริการดูแลแบบประคับประคองชนิดครอบคลุมและผสมผสาน ทำให้เกิดโปรแกรมการใช้การประเมินอาการผลลัพธ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

Su Hyun Kim และคณะ (2008) ศึกษาการประเมินผลของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศเกาหลี งานวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 46 คน ที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเฉพาะด้านกายภาพ ระยะเวลาในอนโรพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านที่จัดทำโดยศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาด้านกายภาพ การเสริมพลังจิต สังคม และจิตวิญญาณ ได้เป็นอย่างดี

Alex Vilalta และคณะ (2014) ศึกษาการประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง งานวิจัยแบบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในหน่วยประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญมากที่สุด ประกอบด้วย 2 ประการ สำหรับผู้ป่วยคือ ความต้องการที่ได้รับการยอมรับ ในฐานะปัจเจกบุคคลจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และความต้องการที่จะรับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ความต้องการด้านจิตวิญญาณซึ่งสำคัญน้อยที่สุดได้แก่ ความต่อเนื่องไปสู่ชีวิตหลังความตาย ความต้องการที่กำจัดความหมกมุ่นในจิตใจ ความปรารถนา ในอิสระจากคำตำหนิตีเดีย และทำให้ภัยผู้อื่น ความต้องการประณิประนอมคืนดี และได้รับการการให้อภัยจากบุคคลอื่น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่จะใช้ชีวิตในปัจจุบันให้เป็นปกติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และมีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต และอนาคตเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

Soom-Nam Kim และคณะ (2016) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองพื้นฐานในชุมชนสำหรับคนไข้มะเร็งระยะลุกลามศูนย์ราชการสุขภาพในเมืองบุชาน ประเทศเกาหลี งานวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเทศเกาหลีต้องการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองในศูนย์ราชการในเมืองบุชาน ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การจัดการดูแลแบบประคับประคอง การสร้างระบบสนับสนุนการปฏิบัติการ พัฒนาความสามารถของบุคลากร การพัฒนาโปรแกรมการศึกษา ส่งเสริม และสร้างระบบการประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพ โครงสร้างพื้นฐานในการปฏิบัติงาน โดยมีรูปแบบ Metropolitan city CBPC ซึ่งอยู่บนพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และศูนย์สาธารณสุขชุมชน ผลพบว่าการใช้รูปแบบ CBPC ควรได้รับสำรวจตรวจสอบผ่านรับรองในผลบริการต่อไป

Kerin Adelson และคณะ (2017) ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือ imminent mortality predictor in advanced cancer (IMPAC) ในการทำนายโอกาสเสียชีวิตโรคมะเร็งภายในระยะเวลาอันสั้น งานวิจัยเชิงทดลอง วัตถุประสงค์ การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และพัฒนาเครื่องมือ IMPAC ในการทำนายโอกาสเสียชีวิตโรคมะเร็งภายในระยะเวลาอันสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 669 คนในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สำหรับการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายใน 90 วัน เครื่องมือนี้มีความไวร้อยละ 40 และมีค่าพยากรณ์ผลบวกเกือบร้อยละ 60 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเหล่านี้ถูกประเมินแล้วว่ามีโอกาสเสียชีวิตได้ภายใน 90 วัน มากกว่าร้อยละ 50 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาอยู่รอดได้ 47 วัน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ถูกประเมินว่ามีโอกาสเสียชีวิตภายใน 90 วัน น้อยกว่าร้อยละ 50 มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาอยู่รอด 290 วัน การคำนวณพื้นที่ ROC กราฟ เล็กกว่า 0.70 ซึ่งช่วยลดงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

Monica C.Fliedner และคณะ (2019) ศึกษาการพัฒนาและใช้โครงสร้างการดูแลเชิงรุกแบบประคับประคองตั้งแต่แรกเริ่ม (SENS) งานวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้โครงสร้างการดูแลเชิงรุกแบบประคับประคองตั้งแต่แรกเริ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถประเมินว่า SENS ครอบคลุมทุกประเด็นในการวางแผนดูแลแบบประคับประคองโดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการวางแผน คาดหวังในการปฏิบัติควบคู่ไปกับการวินิจฉัยซึ่งทำให้บูรณาการอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทำได้ง่ายขึ้น เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น

Richard Harding และคณะ (2019) ศึกษาารูปแบบหลายระดับความบกพร่องอุปสรรคของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประทับประคองในประเทศอินเดีย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบเชิงประจักษ์ของความบกพร่อง การสื่อสาร และเข้าถึงการดูแลแบบประทับประคองในประเทศอินเดีย และเพื่อใช้ในการพัฒนาทดสอบและเตรียมการวางแผนกลยุทธ์ในอนาคต กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน ผู้ให้บริการคือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน รวม 30 คน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบสามารถอธิบายถึงเหตุผลของความบกพร่องซึ่งเกี่ยวข้องกับ การสื่อสาร การวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างแพทย์ สมาชิกในครอบครัว และชุมชนนำไปสู่การคาดหวังและการหายจากโรคและการรักษาที่ไร้ประโยชน์ ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับการเจ็บปวดโดยไม่สนใจด้าน จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากขาดความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ ส่วนแพทย์ผู้ดูแลมองว่าเป็นงานไร้ประโยชน์ของงานผู้ป่วยประทับประคอง ทำให้การจัดการด้านเจ็บปวดไม่แตกต่างกับคนปกติอื่นๆ การดูแลที่ซับซ้อนและลงทุนไปกับการรักษาที่ไร้ประโยชน์ ทำให้คนในครอบครัวสูญเสียงานประจำที่ทำมีหนี้สิน และเพิ่มค่าใช้จ่าย พบว่าควรมีการแทรกแซงอย่างเป็นระบบเกิดขึ้นด้วยกลไกซึ่งมุ่งถึงความต้องการของผู้มีส่วนร่วมมากขึ้น โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางร่วมกับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการดูแลแบบประทับประคองและมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น

### 8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและกระบวนการ A-I-C

สิริญา นิมพาดี (2553) ศึกษาการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดเครือข่ายบริการโรงพยาบาลท่าปาง จังหวัดเพชรบุรี การวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดเครือข่ายบริการ ผลการศึกษาพบว่า 1.การพัฒนาาระบบการส่งต่อในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านโครงสร้างของระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดมีการกำหนดผู้รับผิดชอบและรูปแบบสายงานแต่ละสาขาชัดเจน ด้านการสนับสนุนทรัพยากรได้มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร การจัดหาอุปกรณ์การใช้งานรวมทั้งบำรุงรักษาอุปกรณ์ รวมทั้งมีการจัดแผนงบประมาณในการดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด ด้านการประสานงาน มีการจัดประชุมชี้แจงทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดระยะเวลาการประสานงานรับส่งต่อในแต่ละขั้นตอน มีช่องทางในการติดต่อประสานงาน รวมทั้งมีแบบบันทึกการประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด ด้านการปฏิบัติงานมีแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด รวมทั้งมีคู่มือในการรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด ตลอดจนมีแผนภูมิในกระบวนการปฏิบัติงานรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ มีการประเมินร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในการรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด ตลอดจนความถี่ในการประเมินผล และนำมาปรับปรุงแก้ไขระบบรับส่งการดูแลผู้ป่วยหลัง

คลอด 2. นำกระบวนการ A-I-C มาประยุกต์ใช้ผลการปฏิบัติงาน ก่อนการพัฒนาระบบการรับส่งผู้ป่วยหลังคลอดอยู่ในระดับปรับปรุง และหลังจากมีการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอด ผลการปฏิบัติงานทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.005 ส่วนในด้านความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดพบว่ามีระดับความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

กัณนิฐา มาเต็ม และพัฒน์ ศรี โยษฐ์ (2555) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนา และสร้างแนวทางปฏิบัติ(A-I-C) ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยคือเพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนา และสร้างแนวทางปฏิบัติ(A-I-C) ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน เขตตำบลบ้านเป็ด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองพบว่าการกลุ่มผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ย และมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองมีระดับที่สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโดยการนำกระบวนการ A-I-C ประยุกต์ใช้ เป็นการเพิ่มเติมความรู้ในผู้สูงอายุ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มวัยใกล้ผู้สูงอายุได้เตรียมความพร้อม และเพื่อกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ได้พัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพงานในด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ไชยภูมิ สิทธิวัง (2555) ได้ศึกษาการจัดทำแผนงานชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C เป็นงานวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำแผนงานชุมชนด้านพัฒนาและอนุรักษ์ป่าชายเลน ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค ความต้องการมีส่วนร่วมของประชาชน และเพื่อประเมินความรู้เจตคติ ด้านพัฒนาและอนุรักษ์ป่าชายเลน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แกนนำอนุรักษ์ป่าชายเลน ผู้นำชุมชน และประชาชน รวมจำนวน 30 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองได้ให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการพัฒนาและอนุรักษ์ป่าชายเลนของชุมชน โดยการวัดความรู้และเจตคติของกลุ่มทดลองหลังจากประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยการนำกระบวนการ A-I-C มาประยุกต์ใช้ด้านความรู้และเจตคติของกลุ่มทดลองมีระดับที่สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในด้านทักษะการปฏิบัติงานตามขั้นตอนต่างนั้นอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองอยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไปในอนาคต

อรพินท์ พรหมวิเศษ และคณะ (2559) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิคกระบวนการAIC:บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการ AIC กลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ จำนวน 56 คน ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบไข้เลือดออกหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับสูง (75%) ผลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายครัวเรือน(41.31%) ค่าภาชนะ(31.44%) ค่าดัชนีบริโต (62.52%) หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายครัวเรือน(8.20%) ค่าภาชนะ(7.48%) ค่าดัชนีบริโต (18.64%) ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ AIC พบว่าประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น และผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลง และผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

วิษณุ ทรายแก้วและคณะ (2560) ศึกษาพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป่าชุมชนที่ยั่งยืนของประชาชนบ้านยางโพรง ตำบลปากหมาก อำเภอยะยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับส่วนร่วมในการบริหารจัดการป่าชุมชนที่ยั่งยืนของประชาชนบ้านยางโพรง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยกรรมการบริการชุมชนจำนวน 30 คน เจ้าหน้าที่ราชการจำนวน 25 และประชาชนจำนวน 89 รวมทั้งสิ้นจำนวน 144 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ระดับต่ำในด้านความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและเจตคติที่มีต่อกระบวนการบริหารจัดการป่าที่ยั่งยืน การหลังจากจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C เจตคติที่ดีต่อการบริการจัดการป่าที่ยั่งยืนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และทักษะในด้านการพัฒนาการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป่าที่ยั่งยืนในชุมชนอยู่ในระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยทำการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โดยมุ่งศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีไปใช้ โดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) คิดค้นและพัฒนาโดย Dr. William E. Smith Ms. Turid Sato ซึ่งสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากร ชุมชน กองฝึกอบรม และกรมการพัฒนาชุมชน ได้ประยุกต์ใช้ในการระดมความคิดเห็นในการ พัฒนาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยในช่วงเดือน เมษายน 2562 ถึง มิถุนายน 2562 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ศึกษา ประชากรที่ทั้งหมด จำนวน 116 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1.1 **กลุ่มประชากร** ทีมสหวิชาชีพประจำศูนย์วารินรักษ์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา และ นักสังคมสงเคราะห์

1.1.2 **กลุ่มประชากร** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ 22 แห่ง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข

1.2 **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของ ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบจำนวน 54 คน และทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แห่งละ 2 คน จำนวน 45 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 99 คน



## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดในการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย เพื่อนำมาประยุกต์ในการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายในศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จากการสัมภาษณ์ของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลรับผิดชอบเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ และพยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 99 คน ก่อนที่จะออกแบบการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วม โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ A-I-C และผลการประเมินตามเกณฑ์ชี้วัดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 จึงมีเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

### 2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์

#### 2.1.1 ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC เพื่อใช้ออกแบบ

##### วิธีการสร้างเครื่องมือ

1) กำหนดวัตถุประสงค์การประชุมวิชาการ กำหนดขอบเขต เนื้อหา สาระของแผนการประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์

2) กำหนดขอบเขต เนื้อหา แผนการประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุนทรัพยากร ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการประเมินผล

3) กำหนดเนื้อหากิจกรรม นำเข้าสู่ขั้นตอนกระบวนการ AIC โดยสร้างเครื่องมือการประชุมเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

(1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ซึ่งคุณค่า (Appreciation : A) จำนวน 5 ชั่วโมง

(2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนาร่วมกัน (Influence : I) จำนวน 3 ชั่วโมง

(3) ขั้นตอนการควบคุมไปสู่การปฏิบัติ (Control : C) จำนวน 5 ชั่วโมง

ประกอบด้วยกิจกรรม 14 กิจกรรม ดังนี้ (รายละเอียดกิจกรรมอยู่ในภาคผนวก)

**วันที่ 1** ของการประชุมวิชาการโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C

**กิจกรรมที่ 1:** กิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C จำนวน 30 นาที

**กิจกรรมที่ 2:** กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์ให้มีคุณภาพจะอย่างไรดี และสร้างข้อตกลงร่วมกันในการประชุมร่วมกัน จำนวน 30 นาที

**กิจกรรมที่ 3:** กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมามีในอดีต ทบทวนสถานการณ์ จำนวน 30 นาที

**กิจกรรมที่ 4:** กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปัจจุบัน และเข้าใจสภาพการณ์ปัจจุบัน (A1.1) จำนวน 30 นาที

**กิจกรรมที่ 5:** กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในปัจจุบัน และนำเสนอให้เข้าใจสภาพการณ์ปัจจุบัน (A1.2) จำนวน 30 นาที

**กิจกรรมที่ 6:** กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง ภาพฝันในอนาคตเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และเป้าหมายอนาคตที่ปรารถนา (A2.1) จำนวน 60 นาที

**กิจกรรมที่ 7:** กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง กำหนดเป้าหมายในอนาคต ร่วมกันเกี่ยวกับรูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน (A2.2) จำนวน 90 นาที

**วันที่ 2** ของการประชุมวิชาการโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C

**กิจกรรมที่ 8:** กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง มาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวชี้วัด สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และทบทวนวิสัยทัศน์ร่วมกัน จำนวน 45 นาที

**กิจกรรมที่ 9:** กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในอนาคต และแนวทางสู่วิสัยทัศน์ร่วมกัน (I1) จำนวน 90 นาที

**กิจกรรมที่ 10:** กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ วิเคราะห์ จำแนกและจัดลำดับแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (I2) จำนวน 45 นาที

**กิจกรรมที่ 11:** กิจกรรมเลือกแนวทาง/กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่จะจัดทำ (C1) จำนวน 30 นาที

**กิจกรรมที่ 12:** กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย แบ่งตามรูปแบบความสนใจ เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (C2.1) จำนวน 150 นาที

**กิจกรรมที่ 13:** กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ นำเสนอแผนปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (C2.2) จำนวน 60 นาที

**กิจกรรมที่ 14:** กิจกรรมสรุปผลการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน/กิจกรรมอำนวยการประชุม ของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการ A-I-C จำนวน 60 นาที

**2.1.2 แผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ** หลังจัดประชุมวิชาการโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C เสร็จสิ้น จะได้แผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ซึ่งประกอบด้วย แนวทางการดูแลรับส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย แนวทางการประสานงาน การสนับสนุน และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย

**2.2 แบบสอบถามผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**

โดยสอบถามจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด จำนวน 99 คน ก่อนการพัฒนา  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบประชุม  
วิชาการ และสอบถามหลังการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย  
วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบบสอบถามประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1:** ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ โดยประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน โดยให้ใส่เครื่องหมาย/ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง หรือกรอกข้อความในช่องว่าง

**ส่วนที่ 2:** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โดยการประยุกต์ตามตัวชี้วัดระบบส่งต่อของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 จำนวน 23 ข้อ ดังนี้

- ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ
- ด้านการสนับสนุนทรัพยากร จำนวน 4 ข้อ
- ด้านการประสานงาน จำนวน 4 ข้อ
- ด้านการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ข้อ
- ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ จำนวน 7 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ เป็นข้อคำถามประมาณค่ามาตราส่วน (Rating Scale) ตามแบบ Likert โดยกำหนดการวัดสำหรับข้อคำถามเชิงบวกเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด 5 คะแนน ,สูง 4 คะแนน ,ปานกลาง 3 คะแนน ,ต่ำ 2 คะแนน ,ต่ำที่สุด 1 คะแนน และ 5 ระดับสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คือ ต่ำที่สุด 5 คะแนน ,ต่ำมาก 4 คะแนน ,ปานกลาง 3 คะแนน ,สูง 2 คะแนน ,สูงมาก 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย ศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977, p. 174 อ้างถึงในสิริญา นิมพาลี 2553, น. 53) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \text{ ต่อระดับ}$$

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	ผลการพัฒนาได้สูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	ผลการพัฒนาสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ผลการพัฒนาปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	ผลการพัฒนาต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง	ผลการพัฒนาได้ต่ำสุด

การแปลผลคะแนนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ เพื่อประเมินระดับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายปฏิบัติงาน (Bloom, 1987, p. 60 อ้างในสิริญาฉิมพาลี 2553, น. 54)) โดยแบ่งคะแนน ดังนี้

**1. ด้านโครงสร้างการดำเนินการของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (21-25 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (15-20 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<14 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

**2. ด้านสนับสนุนทรัพยากรของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (12-15 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<11 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

**3. ด้านการประสานงานของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (12-15 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<11 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

**4. ด้านปฏิบัติงานของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (9-11 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<8 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

**5. ด้านประเมินผลและผลลัพธ์ของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (28-35 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (21-27 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<20 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

**6. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานรูปแบบของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ**

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (92-115 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (69-91 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<68 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเครือข่ายศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 6 ข้อ

เป็นข้อคำถามประมาณค่ามาตราส่วน (Rating Scale) ตามแบบ Likert โดยกำหนดการวัดสำหรับข้อคำถามเชิงบวกเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด 5 คะแนน ,สูง 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน ,ต่ำ 2 คะแนน ,ต่ำที่สุด 1 คะแนน และ 5 ระดับสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คือ ต่ำที่สุด 5 คะแนน ,ต่ำมาก 4 คะแนน ,ปานกลาง 3 คะแนน ,สูง 2 คะแนน ,สูงมาก 1 คะแนน

การแปลผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977, p.174 อ้างถึงในสิริญา นิมพาลี 2553, น.54) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \text{ ต่อระดับ}$$

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	ผลการพัฒนาได้สูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	ผลการพัฒนาสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ผลการพัฒนาปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	ผลการพัฒนาต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง	ผลการพัฒนาได้ต่ำสุด

การแปลผลคะแนนรวมความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพการพัฒนา  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ  
เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ

คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (24-30 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบ  
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวมร้อยละ 60-70 (18-23 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60 (<17 คะแนน) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของศูนย์วารินรักษ์ เป็นคำถามปลายเปิด

#### 4 ข้อ

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 2.3.1 การตรวจสอบความตรงของตามเนื้อหา (content validity)

1) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองพัฒนา เป็นคู่มือการจัดประชุม  
วิชาการ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C สำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ผู้วิจัยนำคู่มือที่สร้างขึ้นเสนอต่อ  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขในขั้นตอน และนำไปผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมี  
ประสบการณ์ในเรื่องการจัดประชุมวิชาการ

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผลพัฒนารูปแบบ  
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ต่อการปฏิบัติงานและความพึงพอใจ  
ต่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยนำเสนอเครื่องมือที่

สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขขึ้นต้น และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง และความสมบูรณ์ของเนื้อหา แล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความตรง 0.98

### 2.3.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิชัยรังคร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 คน วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alphas coefficient) ค่าความเที่ยง 0.9

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 22 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูล

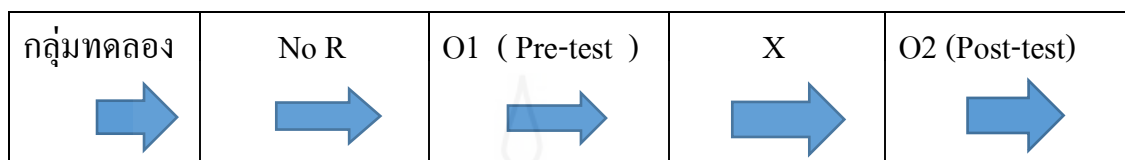
3.3 แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยกลุ่มที่ศึกษาทดลอง

3.4 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มที่ศึกษาทดลอง จำนวน 99 คน โดยใช้แบบสอบถามผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการจัดประชุมวิชาการเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครั้งที่ 2 หลังทดลองปฏิบัติงานตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2 เดือน



## 4. การดำเนินการวิจัย

### 4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน



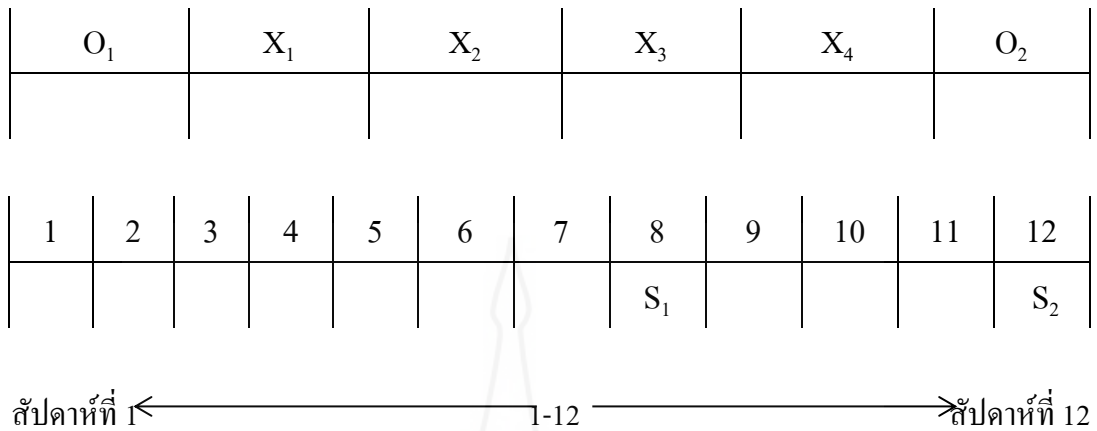
ภาพที่ 3.1 แผนภูมิการวิจัย

O1 คือ เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มศึกษาทดลองก่อนการพัฒนาดำเนินการทดลองด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

X คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ในการจัดประชุมวิชาการ เพื่อระดมความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ

O2 คือ เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มศึกษาทดลองหลังการพัฒนาโดยปฏิบัติตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ

ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระหว่างเดือน เมษายน 2562 ถึง มิถุนายน 2562 โดยการจัดประชุมวิชาการให้แก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มศึกษาทดลองระยะเวลา 2 วัน และติดตามผลการดำเนินงาน จนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์



ภาพที่ 3.2 รูปแบบการทดลองพัฒนา

O1 คือ การเก็บข้อมูลก่อนพัฒนาการทดลอง

O2 คือ การเก็บข้อมูลหลังพัฒนาการทดลอง

X1 คือ การจัดประชุมวิชาการเพื่อวางแผนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินรักษ์โรงพยาบาลวรินชำราบ โดยใช้กระบวนการ A-I-C ระยะเวลา 2 วัน

X2 คือ การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินรักษ์ ตามแผนที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ 1

X3 คือ การตรวจสอบการจัดกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินรักษ์ โดยการประชุมวิชาการ

X4 คือ ปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินรักษ์ โรงพยาบาลวรินชำราบ ตามแผนการแก้ไขที่จัดทำขึ้น

S1 คือ ติดตามผลการปฏิบัติงาน ครั้งที่ 1 ว่าการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินรักษ์ ผลเป็นอย่างไร มีอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมทั้งทำแผนแก้ไข

S2 คือ ติดตามผลการปฏิบัติงาน ครั้งที่ 2 ว่าการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินรักษ์ ผลเป็นอย่างไร มีอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมทั้งทำแผนแก้ไข ปัญหา

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1**

ดำเนินการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ

**ระยะที่ 1.1 สัปดาห์ที่ 1-3** ศึกษาสถานการณ์ และสภาพความเป็นจริงของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ (Reality), สภาพที่คาดหวังในอนาคต (Ideal Vision or Scenario), คิดหาทวิวิธีในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Solution Design) จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ (Priority), แบ่งความรับผิดชอบ (Responsibility) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาโดยการทำแบบสอบถามก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเตรียมกิจกรรมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ

**ระยะที่ 1.2 สัปดาห์ที่ 4** การจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ระยะเวลา 2 วัน โดยมีทีมสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 99 คน มาร่วมกันการวางแผนออกแบบ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์

### ระยะที่ 2

- **สัปดาห์ที่ 6** จัดทำแผนการ/โครงการ/กิจกรรม (Action Plan) โดยการจัดทำแนวทางจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ จากการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง การประสานงาน การสนับสนุน การปฏิบัติ การประเมินผล

- **สัปดาห์ที่ 7** ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ตามแผนการแก้ไขที่จัดทำขึ้น

### ระยะที่ 3

ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ การตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินการ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องร่วมกัน และประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

- **สัปดาห์ที่ 8** ติดตามผลการปฏิบัติงาน ครั้งที่ 1 ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ซึ่งประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง การประสานงาน การสนับสนุน การปฏิบัติ การประเมินผล ผลเป็นอย่างไร มีอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมทั้งทำแผนแก้ไข

- **สัปดาห์ที่ 9-12** ติดตามผลการปฏิบัติงาน ครั้งที่ 2 ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ซึ่งประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง การประสานงาน การสนับสนุน การปฏิบัติ การประเมินผล ผลเป็นอย่างไร มีอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมทั้งทำแผนแก้ไขปัญหา

- ข้อมูลที่ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ผลการปฏิบัติงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ด้านสนับสนุนทรัพยากร ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติ ด้านการประเมินผล และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยผู้วิจัยนำรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

6.1 สถิติที่ใช้หาค่าคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคช (cronbach,'s alpal coefficient)

6.2 สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ระดับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ และระดับความพึงพอใจโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างของผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนาเพื่อทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติทดสอบ paired t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ และเพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ และเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทิมสหวิชาชีพเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มทดลองในครั้งนี้ ประกอบด้วย ทิมสหวิชาชีพเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 99 คน เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เดือนเมษายน 2562 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เดือนมิถุนายน 2562 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ ก่อนและหลังพัฒนา

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของทิมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท้ายเครื่องของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี

#### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

คุณลักษณะของประชากรทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษาทดลอง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แสดงรายละเอียด ตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรที่ศึกษาทดลอง โดยจำแนกตามคุณลักษณะ  
ของประชากร

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มศึกษาทดลอง (n=99)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
23-27 ปี	16	16.10
28-32 ปี	13	13.00
33-37 ปี	11	11.00
38-42 ปี	13	13.10
43-47 ปี	15	15.00
48-52 ปี	18	18.10
53-58 ปี	13	13.00
	$\bar{X}=39.98$ , S.D=10.48	Min 23      Max 58
<b>เพศ</b>		
ชาย	13	13.1
หญิง	86	86.9
<b>สถานะภาพ</b>		
โสด	33	33.30
คู่	57	57.60
หม้าย/หย่า/แยก	9	9.1
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	81	81.80
ปริญญาโท	16	16.2
ปริญญาเอก	2	2.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มศึกษาทดลอง (n=99)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>		
ศูนย์วารินทร์รัชต์ โรงพยาบาลวารินชำราบ	54	54.5
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	45	45.5
<b>ตำแหน่ง</b>		
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	6	6.10
พยาบาลวิชาชีพ	60	60.60
นักวิชาการสาธารณสุข	19	19.20
เภสัชกร	4	4.00
นักกายภาพบำบัด	2	2.0
นักสังคมสงเคราะห์	1	1.0
นักโภชนาการ	2	2.0
แพทย์แผนไทย	3	3.0
นักจิตวิทยา	2	2.0
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเครือข่ายการดูแล</b>		
<b>ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</b>		
น้อยกว่า 12 เดือน	38	38.10
13-24 เดือน	12	12.10
มากกว่า 24 เดือน	49	49.30
$\bar{X}=55.60$ ,S.D=64.07	Min 1.00	Max 360.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษาทดลอง จำนวน 99 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 48-52 ปี ร้อยละ 18.10 รองลงมาอายุ 23-27 ปี ร้อยละ 16.10 โดยมีอายุค่าเฉลี่ย 39.98 ปี (S.D 10.48) กลุ่มศึกษาทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.60 กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.80 สถานที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ร้อยละ 54.50 ตำแหน่งการปฏิบัติงานเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 60.60 รองลงมาตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 19.20 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน มากกว่า 24 เดือน ร้อยละ 49.3 (S.D=64.07) รองลงมาปฏิบัติงานน้อยกว่า 12 เดือน ร้อยละ 38.30

## ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของ ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ก่อนและหลังการพัฒนา

ประกอบด้วยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการจำแนกรายข้อ ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน
2. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร
3. ด้านการประสานงาน
4. ด้านการปฏิบัติงาน
5. ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์



ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์  
โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ

ผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
<b>ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน</b>						
1. ศูนย์วารีรักษ์มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร	2.40	0.65	ต่ำ	4.25	0.61	สูงที่สุด
2. ศูนย์วารีรักษ์มีนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติงานตามแผนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกับเครือข่ายที่ชัดเจน	2.49	0.67	ต่ำ	4.26	0.59	สูงที่สุด
3. ศูนย์วารีรักษ์มีการแต่งตั้งทีมเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน	2.54	0.68	ต่ำ	4.31	0.66	สูงที่สุด
4. ศูนย์วารีรักษ์มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ชัดเจน	2.53	0.68	ต่ำ	4.26	0.64	สูงที่สุด
5. ศูนย์วารีรักษ์มีสายการบังคับบัญชา/สายการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่าย	2.51	0.77	ต่ำ	4.33	0.69	สูงที่สุด

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
<b>ด้านการสนับสนุนทรัพยากร</b>						
1. ศูนย์วารินรักษ์และ/หรือ เครือข่าย มีบุคลากรที่มีคุณภาพ และ เพียงพอในการปฏิบัติงานดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	2.46	0.68	ต่ำ	4.11	0.72	สูง
2. ศูนย์วารินรักษ์มีการวางแผน/ จัดหาและบำรุงรักษา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการ ดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐาน	2.47	0.73	ต่ำ	4.14	0.70	สูง
3. ศูนย์วารินรักษ์ได้รับงบประมาณ ที่เพียงพอใจการดำเนินงาน เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	2.29	0.78	ต่ำ	3.9	0.80	สูง
4. งบประมาณในการดำเนินงาน เครือข่ายรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เปรียบเทียบ กับงบประมาณในการสร้างเสริม สุขภาพ	1.19	0.46	ต่ำ	3.23	0.71	ปานกลาง
<b>ด้านการประสานงาน</b>						
1. ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายมี ขั้นตอนการประสานงาน/การ ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน	2.44	0.71	ต่ำ	4.19	0.64	สูง

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
2. ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนด วิธีการและช่องทางการ ประสานงานระยะเวลาในการ ประสานงานในแต่ละขั้นตอน ร่วมกันของเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	2.53	0.76	ต่ำ	4.24	0.60	สูงที่สุด
3. ศูนย์วารินรักษ์มีแบบบันทึกข้อมูล และข้อมูลที่จำเป็นระหว่าง เครือข่าย ในการนำส่งผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบถ้วน	2.45	0.73	ต่ำ	4.23	0.69	สูงที่สุด
4. ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายมี แบบบันทึกข้อมูลในการรับ-ส่ง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความ เหมาะสม และใช้ภาษาที่ชัดเจน	2.47	0.76	ต่ำ	4.21	0.67	สูงที่สุด
<b>ด้านการปฏิบัติงาน</b>						
1. ศูนย์วารินรักษ์มีการจัดทำ ขั้นตอน/ Flowchart การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน	2.48	0.73	ต่ำ	4.30	0.59	สูงที่สุด
2. การจัดทำคู่มือ/แนวทาง การรับ- ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มี การดำเนินการ ร่วมกันระหว่าง เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์	2.36	0.74	ต่ำ	4.14	0.68	สูง

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
3. คู่มือ/แนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์ เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้	2.38	0.72	ต่ำ	4.15	0.62	สูง
<b>ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์</b>						
1. ศูนย์วารินรักษ์มีระบบติดตามประเมินผลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน	2.40	0.72	ต่ำ	4.15	0.67	สูง
2. ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ การติดตามผล/การประเมินผลเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกันระหว่างหน่วยรับ และหน่วยส่ง	2.43	0.68	ต่ำ	4.17	0.65	สูง
3. ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายหน่วยรับ-ส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการนำผลการประเมินและนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบ	2.38	0.77	ต่ำ	4.06	0.71	สูง
4. ความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์	1.20	0.52	ต่ำที่สุด	3.26	1.01	ปานกลาง
5. เครือข่ายหน่วยรับ-ส่งของศูนย์วารินรักษ์มีความเข้าใจผิดเกิดขึ้นจากการประสานงานการส่งต่อ	2.25	0.65	ต่ำ	4.37	0.69	สูงที่สุด

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
6. ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจาก การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/ขั้นตอน การประสานงานของศูนย์วารินรักษ์	2.23	0.66	ต่ำ	4.35	0.71	สูงที่สุด
7. ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น จากข้อมูลของศูนย์วารินรักษ์ ที่จำเป็นของผู้ป่วยในแบบบันทึก ข้อมูลในการนำส่งผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายไม่ถูกต้อง	2.25	0.67	ต่ำ	4.40	0.76	สูงที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ศึกษาพัฒนาทดลอง ค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อตามตารางที่ 4.2 โดยพบว่ามี 4 ด้าน ดังนี้

**โครงสร้างการดำเนินงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองในภาพรวม ส่วนใหญ่มีเฉลี่ยผลการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.40-2.54 หลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนาศึกษาทดลองอยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.25-4.33

**ด้านการสนับสนุนทรัพยากร** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองในภาพรวม ส่วนใหญ่มีเฉลี่ยผลการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.29-2.47 หลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยผลการศึกษาพัฒนาทดลอง อยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.90-4.14 ยกเว้นงบประมาณในการดำเนินงานเครือข่ายรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเปรียบเทียบกับงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองมีค่าเฉลี่ยผลอยู่ในระดับต่ำที่สุด 1.19 หลังการศึกษาพัฒนาทดลอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่ 3.23

**ด้านการประสานงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองในภาพรวม ส่วนใหญ่มีเฉลี่ยผลการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.36-2.53 หลังการศึกษาพัฒนาทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยผลการศึกษาพัฒนาทดลองอยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.19-4.24

**ด้านการปฏิบัติงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองในภาพรวม ส่วนใหญ่มีเฉลี่ยผลการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.36-2.48 หลังการศึกษาพัฒนาทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยผลการศึกษาพัฒนาทดลอง อยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.14-4.30

**ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองในภาพรวม ส่วนใหญ่มีเฉลี่ยผลการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.23-2.43 หลังการศึกษาพัฒนาทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยผลการศึกษาพัฒนาทดลอง อยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.06-4.40 ยกเว้นความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลอง มีค่าเฉลี่ยผลอยู่ในระดับต่ำที่สุด 1.20 หลังการศึกษาพัฒนาทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่ 3.26

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละระดับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n=99)		(n=99)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน</b>				
ระดับดี	0	0.00	56	56.60
ระดับปานกลาง	34	34.7	42	42.40
ระดับปรับปรุง	65	65.3	1	1.00
<b>2. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร</b>				
ระดับดี	0	0.00	46	46.50
ระดับปานกลาง	10	10.10	50	50.50
ระดับปรับปรุง	89	89.9	3	3.00
<b>3. ด้านการประสานงาน</b>				
ระดับดี	1	1.00	75	75.70
ระดับปานกลาง	29	29.20	24	24.30
ระดับปรับปรุง	69	69.80	0	0.00

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n=99)		(n=99)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. ด้านการปฏิบัติงาน</b>				
ระดับดี	0	0.00	79	79.90
ระดับปานกลาง	35	35.40	20	20.10
ระดับปรับปรุง	64	64.60	0	0.00
<b>5. ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์</b>				
ระดับดี	0	0.00	61	61.60
ระดับปานกลาง	3	3.00	37	37.40
ระดับปรับปรุง	96	96.00	1	1.00
<b>6. ผลการปฏิบัติงานโดยรวม</b>				
ระดับดี	0	0.00	58	58.60
ระดับปานกลาง	3	3.00	41	41.4
ระดับปรับปรุง	96	96.00	0	0.00

จากตารางที่ 4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุงและหลังการพัฒนาศึกษาทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

ผลการพัฒนาด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 65.3 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับดี ร้อยละ 56.60

ผลการพัฒนาด้านการสนับสนุนทรัพยากร ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 89.90 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.50

**ผลการพัฒนาด้านการประสานงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 69.80 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับดี ร้อยละ 75.70

**ผลการพัฒนาด้านการปฏิบัติงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 64.60 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับดี ร้อยละ 79.90

**ผลการพัฒนาด้านการประเมินผลและผลลัพธ์** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 96.00 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับดี ร้อยละ 61.60

**ผลการปฏิบัติงานโดยรวมของเครือข่ายศูนย์วารินทร์** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 96.00 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินทร์อยู่ระดับดี ร้อยละ 58.60





ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
มะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ  
จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังพัฒนา

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี  
ก่อนและหลังพัฒนา

ผลการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
ด้าน โครงสร้างการ ดำเนินงาน	12.49	2.96	ควร ปรับปรุง	21.42	2.67	ดี	30.51	<0.001
ด้านการสนับสนุน	8.42	1.97	ควร ปรับปรุง	15.40	2.22	ปาน กลาง	30.68	<0.001
ด้านการประสานงาน	9.90	2.54	ควร ปรับปรุง	16.87	2.36	ดี	28.68	<0.001
ด้านการปฏิบัติงาน	7.23	1.99	ควร ปรับปรุง	12.59	1.73	ดี	27.50	<0.001
ด้านประเมินผลและ ผลลัพธ์	15.25	2.98	ควร ปรับปรุง	28.77	3.46	ดี	40.67	<0.001
ผลการปฏิบัติงาน	53.31	10.34	ควร ปรับปรุง	95.08	10.16	ดี	39.94	<0.001

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพัฒนาทดลองมีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โดยรวมก่อนการศึกษาทดลองอยู่ในระดับควรปรับปรุง และภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองอยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างการพัฒนาทดลองนี้มีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์



ผลการปฏิบัติงานโดยรวมของเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพัฒนาทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองอยู่ในระดับควรปรับปรุง และหลังการศึกษาพัฒนาทดลองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ด้านผลการปฏิบัติงานโดยรวมของเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์หลังการศึกษาพัฒนาทดลองอยู่ในระดับดี มากกว่าก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองอย่างสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมนิสิตวิชาชีพ ศูนย์วารินรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ตารางที่ 4.5 ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมนิสิตวิชาชีพของศูนย์วารินรักษ์ จำแนกรายข้อ

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. ท่านพึงพอใจการปฏิบัติงาน เครือข่ายรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์	2.72	0.51	ปาน กลาง	4.19	0.60	สูง
2. ท่านพึงพอใจโครงสร้างการ ดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์	2.75	0.55	ปาน กลาง	4.23	0.61	สูง ที่สุด
3. ท่านพึงพอใจต่องบประมาณและ สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานการส่ง ต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์ วารินรักษ์	2.49	0.62	ต่ำ	3.95	0.75	สูง
4. ท่านพึงพอใจการทำงานกับ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์ วารินรักษ์	2.76	0.58	ปาน กลาง	4.21	0.64	สูง ที่สุด

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
5. ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการ ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์	2.74	0.59	ปาน กลาง	4.25	0.59	สูง ที่สุด
6. ท่านพึงพอใจต่อระบบติดตาม ประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์	2.67	0.58	ปาน กลาง	4.17	0.60	สูง

จากตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ

ศูนย์วารีรักษ์ จำแนกรายข้อพบว่า ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.67-2.76 ภายหลังจากศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.21-4.25 ยกเว้นความพึงพอใจต่อบรรณและสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (2.49) ภายหลังจากศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (3.95)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ	ก่อนการพัฒนา (n=99)		หลังการพัฒนา (n=99)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	0	0.00	69	69.70
ระดับปานกลาง	45	45.50	30	30.30
ระดับปรับปรุง	54	54.60	0	0.00

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพของศูนย์วรินทร์ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองพบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วรินทร์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 54.60 และหลังการศึกษาพัฒนาทดลองพบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วรินทร์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.70

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรวมของความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
ค่าเฉลี่ยรวมพึงพอใจ	16.17	2.77	ควรปรับปรุง	25.02	3.22	ดี	30.27	0.001

จากตารางที่ 4.7 พบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วรินทร์ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองพบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วรินทร์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง และหลังการศึกษาพัฒนาทดลองพบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วรินทร์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วรินทร์ หลังการศึกษาพัฒนาทดลองมากกว่าก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 4.8 จำนวนร้อยละของทีมสาขาชีพที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครื่องมือของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลอง

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือของศูนย์วารีรักษ์ (n=41)	จำนวน
<b>ด้านโครงสร้างการดำเนินการ</b>	
-การกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือยังไม่ชัดเจน	5
-การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์ยังไม่ชัดเจน	3
-การแต่งตั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานเครื่องมือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน	1
-การแต่งตั้งทีมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือยังไม่ชัดเจน	5
-การวางแผนดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีน้อย	1
<b>ด้านการสนับสนุนทรัพยากร</b>	
-ความเพียงพอของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือไม่เพียงพอ	33
-ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่เพียงพอ	32
-สัดส่วนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครื่องมือยังมีน้อย	6
<b>ด้านการประสานงาน</b>	
-ความชัดเจนของขั้นตอนการประสานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครื่องมือยังไม่ชัดเจน	14
-การมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนการประสานงานระหว่างเครื่องมือยังไม่ชัดเจน	1

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์ ( n=41)	จำนวน
-การเหมาะสมวิธีการและช่องทางในการประสานงานระหว่างเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	2
<b>ด้านปฏิบัติการ</b>	
-การจัดทำขั้นตอน Flow chart การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายรับส่ง ยังไม่ชัดเจน	2
-การมีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายยังมีน้อย	7
-คู่มือ/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	6
-การแจ้งหน่วยรับส่ง และแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	2
<b>ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์</b>	
-รูปแบบการติดตามประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน	3
-การนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายยังมีน้อย	3
-ความถี่ในการติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีน้อย	11
-ความคลาดเคลื่อนของการประสานระหว่างเครือข่ายยังคงมีอยู่	1

จากตารางที่ 4.8 พบว่าก่อนการดำเนินการศึกษาพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 โดยได้แสดงความคิดเห็นสรุปแบ่งตามหัวข้อ ทั้งหมด 5 ด้าน มี 19 ข้อย่อย พบว่าด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร อันดับแรก ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เครือข่ายยังไม่เพียงพอ รองลงมา ได้แก่ ความไม่เพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 4.9 จำนวนร้อยละของทีมสาขาวิชาชีพที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี หลังการศึกษาพัฒนาทดลอง

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ (n=20)	จำนวน
<b>ด้านโครงสร้างการดำเนินการ</b>	
-การกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายชัดเจนขึ้น	4
-ทีมสหวิชาชีพการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์มากขึ้น	2
-การแต่งตั้งทีมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายยังชัดเจนขึ้น	1
<b>ด้านการสนับสนุนทรัพยากร</b>	
-ความเพียงพอของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายดีขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอ	20
-วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอ	18
-สัดส่วนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอ	1
<b>ด้านการประสานงาน</b>	
-ความชัดเจนของขั้นตอนการประสานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครือข่ายยังชัดเจนขึ้น	3
-การมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนการประสานงานระหว่างเครือข่ายยังชัดเจนขึ้น	1
-วิธีการและช่องทางในการประสานงานติดขัดลดลง	1



ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ (n=20)	จำนวน
<b>ด้านปฏิบัติการ</b>	
-การจัดทำขั้นตอน Flow chart การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย รับส่งยาล่าช้าลดลง	3
-การมีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยัง มีมากขึ้น	3
<b>ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์</b>	
-รูปแบบการติดตามประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้น	4
-การนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายเพิ่มขึ้น	3
-ความถี่ในการติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวนเพิ่มขึ้น	11

จากตารางที่ 4.9 พบว่าหลังการดำเนินการศึกษาพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 โดยได้แสดงความคิดเห็นสรุปแบ่งตามหัวข้อ ทั้งหมด 5 ด้าน มี 14 ข้อย่อย พบว่าด้านที่เป็นหามากที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร อันดับแรก ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายดีขึ้นแต่ยังไม่เพียงพอ รองลงมา ได้แก่ ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ดีขึ้น และเครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นทีมสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมุ่งศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย เปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย และเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ และเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ จำนวน 99 คน จัดประชุมวิชาการ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน และหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน ซึ่งหาค่าความตรงเท่ากับ 0.98 และทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพในทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาล

50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 ท่าน ซึ่งได้หาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 จากนั้นได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ศึกษาพัฒนาทดลองโดยการหาค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าทดสอบค่าที

### 5.3 ผลการศึกษาวิจัย

#### 5.3.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์

ตารางที่ 5.1 การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการดูแล	การดำเนินการรูปแบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย		
1.ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การกำหนดนโยบายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ยังไม่ชัดเจน</li> <li>-การแต่งตั้งทีมเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน</li> <li>-กำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน</li> <li>-สายการบังคับบัญชา/สายการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่ายยังไม่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดนโยบายใน</li> <li>การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งในระดับ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดนโยบายการวางแผน และการปฏิบัติงานตามแผนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</li> </ul>

## ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

รูปแบบการดูแล	ผู้ป่วยมะเร็งระยะ	การดำเนินการรูปแบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
สุดท้าย			<p>-ศูนย์วารินรักษ์กำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์รูปแบบมีสายการบังคับบัญชา/สายการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่าย</p>
2.ด้านการ	สนับสนุนทรัพยากร	<p>-ศูนย์วารินรักษ์และ/หรือเครือข่ายมีบุคลากรที่มีคุณภาพและยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์มีการวางแผน/จัดหาและบำรุงรักษา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐานยังไม่เพียงพอ</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์ได้รับงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอใจการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p>	<p>-ศูนย์วารินรักษ์จัดทำแผนพัฒนาทีมสหวิชาชีพเรียนเฉพาะทางด้านประกันประคองเพิ่มขึ้น และเพียงพอในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์มีการวางแผนจัดหาและบำรุงรักษา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์จัดวงการกุศลประจำปี และมีมูลนิธิศูนย์วารินรักษ์สำหรับผู้บริจาคในการดูแลผู้ป่วยประกันประคอง</p>

## ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

รูปแบบการดูแล	ผู้ป่วยมะเร็งระยะ	การดำเนินการรูปแบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
สุดท้าย			
			-โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำแผนของงบประมาณในการ ดำเนินงานดูแลผู้ป่วย ระดับรองจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น
3.ด้าน การประสานงาน		-ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายมี ขั้นตอนการประสานงาน/การ ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน  -ศูนย์วารินรักษ์มีแบบบันทึก ข้อมูลและข้อมูลที่จำเป็นระหว่าง เครือข่าย ในการนำส่งผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแล ผู้ป่วยอย่างยังไม่ชัดเจนต่อเนื่อง ครบถ้วน  -ศูนย์วารินรักษ์ใช้แบบบันทึก การนำส่งผู้ป่วยของกระทรวง สาธารณสุข (แบบ บส.08)  -แผนศูนย์วารินรักษ์ส่งรายชื่อ ศูนย์ refer ของโรงพยาบาล	-ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายมี ขั้นตอนการประสานงาน/การ ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สุดท้าย โดยสามารถปรึกษาแพทย์ เจ้าของพื้นที่ตลอด 24 ชั่วโมง และมี กลุ่มไลน์ (line) ของศูนย์วารินรักษ์ใน การให้ปรึกษา และติดต่อสื่อสาร ระหว่างเครือข่าย  -ศูนย์วารินรักษ์มีแบบบันทึกข้อมูล และข้อมูลที่จำเป็นระหว่างเครือข่าย ในการนำส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องครบถ้วน  -ศูนย์วารินรักษ์มี workflow ศูนย์ สำหรับขอคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย

## ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

รูปแบบการดูแล	ผู้ป่วยมะเร็งระยะ	การดำเนินการรูปแบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
สุดท้าย			-สร้างข้อตกลงร่วมกันให้ศูนย์วารินรักษ์ติดตามเยี่ยม และตอบกลับภายในระยะเวลา 1 เดือน
4.ด้าน การปฏิบัติงาน		-ศูนย์วารินรักษ์มีการจัดทำขั้นตอน/Flowchart การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน -การจัดทำคู่มือ/แนวทาง การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการดำเนินการ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ยังไม่ชัดเจน	-จัดทำ work flow ในการตรวจคัดกรองเข้าสู่การดูแลระดับประคอง -ศูนย์วารินรักษ์มีworkflow ศูนย์สำหรับขอคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย -ศูนย์วารินรักษ์มีworkflow การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง -ศูนย์วารินรักษ์มี checklist การวางแผนการดูแลแรกรับและพบทวนแผนการดูแลในการดูแลแบบประคอง -ศูนย์วารินรักษ์มี Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับประคองตาม Palliative Performance Score -ศูนย์วารินรักษ์มี workflow การจัดการความปวดในระยะท้าย -ศูนย์วารินรักษ์มี workflow การจัดการอาการทางกายอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาการปวด

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

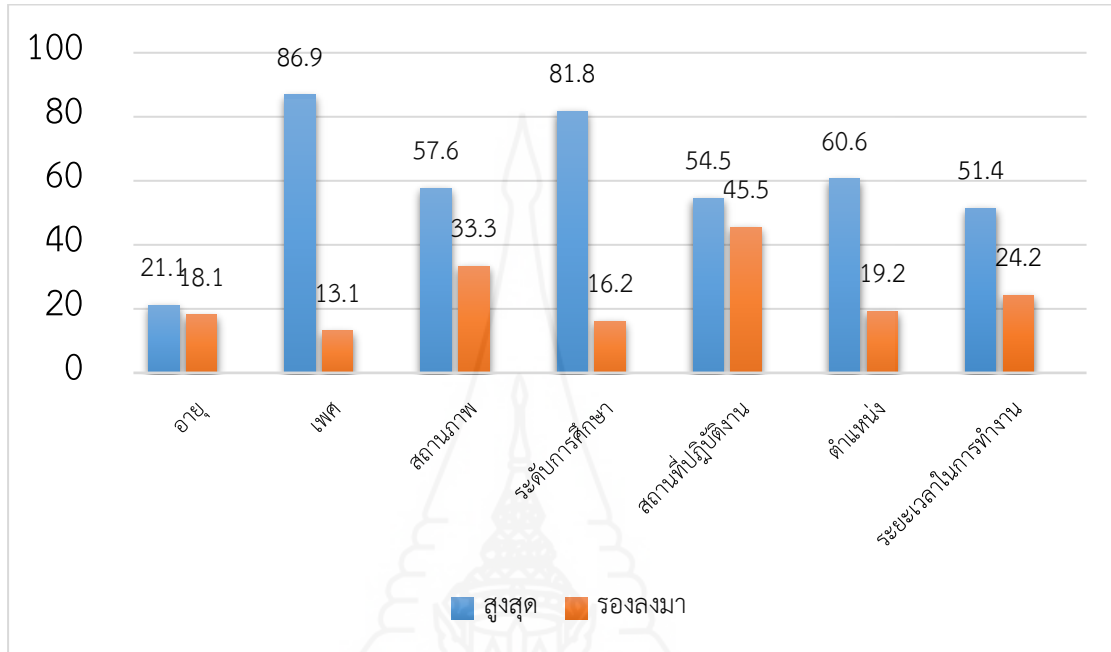
รูปแบบการดูแล	ผู้ป่วยมะเร็งระยะ	การดำเนินการรูปแบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
สุดท้าย			<ul style="list-style-type: none"> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow แนวทางปฏิบัติสำหรับ PCWN ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มีแนวปฏิบัติการประชุมครอบครัว</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow เพื่อสื่อสารให้ข้อมูลและคำปรึกษาระยะท้ายและครอบครัว</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow ศูนย์สำหรับขอคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow คลินิกดูแลประคับประคองผู้ป่วยนอก</li> <li>-แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตกลับบ้าน</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล</li> <li>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน</li> </ul>

## ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

รูปแบบการดูแล		
ผู้ป่วยมะเร็งระยะ	การดำเนินการรูปแบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
สุดท้าย		
<p>5.ด้าน</p> <p>การประเมินผล</p> <p>และผลลัพธ์</p>	<p>-ศูนย์วารินรักษ์มีระบบติดตามประเมินผลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายหน่วยรับ-ส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการนำผลการประเมินและนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบน้อย</p> <p>-ความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบยังน้อย</p> <p>-ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/ขั้นตอนการประสานงานของศูนย์วารินรักษ์ยังคงมี</p>	<p>-ศูนย์วารินรักษ์มี workflow การติดตาม ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ การติดตามผล/การประเมินผลเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกันระหว่างหน่วยรับ และหน่วยส่ง</p> <p>-ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่าย หน่วยรับ-ส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการนำผลการประเมินและนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบ</p> <p>-ความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์ทุก 3 เดือน</p> <p>-ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/ขั้นตอนการประสานงานของศูนย์วารินรักษ์นำมาปรับปรุงแก้ไข</p>



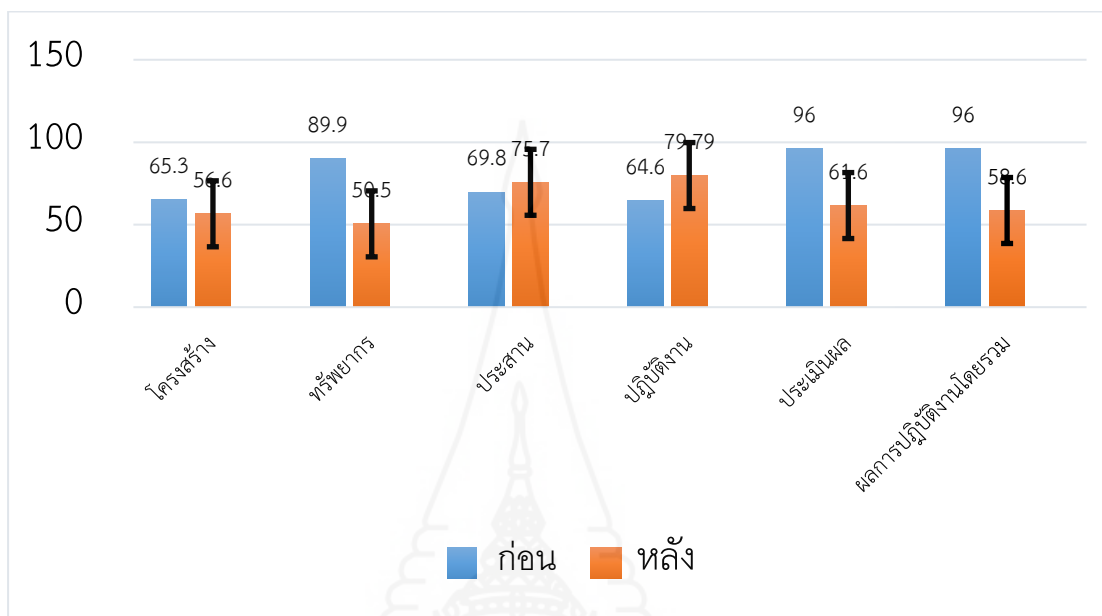
### 5.3.2 คุณลักษณะประชากรของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ



ภาพที่ 5.1 คุณลักษณะประชากรของทีมสหวิชาชีพ

ลักษณะทั่วไปของสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีจำนวน 99 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 48-52 ปี ร้อยละ 18.10 รองลงมาอายุ 23-27 ปี ร้อยละ 16.10 โดยมีอายุค่าเฉลี่ย 39.98 ปี (S.D 10.48) ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.60 ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.80 สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มาจากศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ร้อยละ 54.50 9 ตำแหน่งการปฏิบัติงานเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 60.60 รองลงมาตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 19.20 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน มากกว่า 24 เดือน ร้อยละ 49.30 (S.D=64.07) รองลงมาปฏิบัติงาน น้อยกว่า 12 เดือน ร้อยละ 38.30

### 5.3.3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์ วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 5.2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวารินรักษ์

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุงและหลังการพัฒนาศึกษาทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แบ่งเป็น ดังนี้

**ผลการพัฒนาด้านโครงสร้างการดำเนินงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 65.3 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวารินรักษ์อยู่ระดับดี ร้อยละ 56.60

**ผลการพัฒนาด้านการสนับสนุนทรัพยากร** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 89.90 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวารินรักษ์อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.50

**ผลการพัฒนาด้านการประสานงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 69.80 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับดี ร้อยละ 75.70

**ผลการพัฒนาด้านการปฏิบัติงาน** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 64.60 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับดี ร้อยละ 79.90

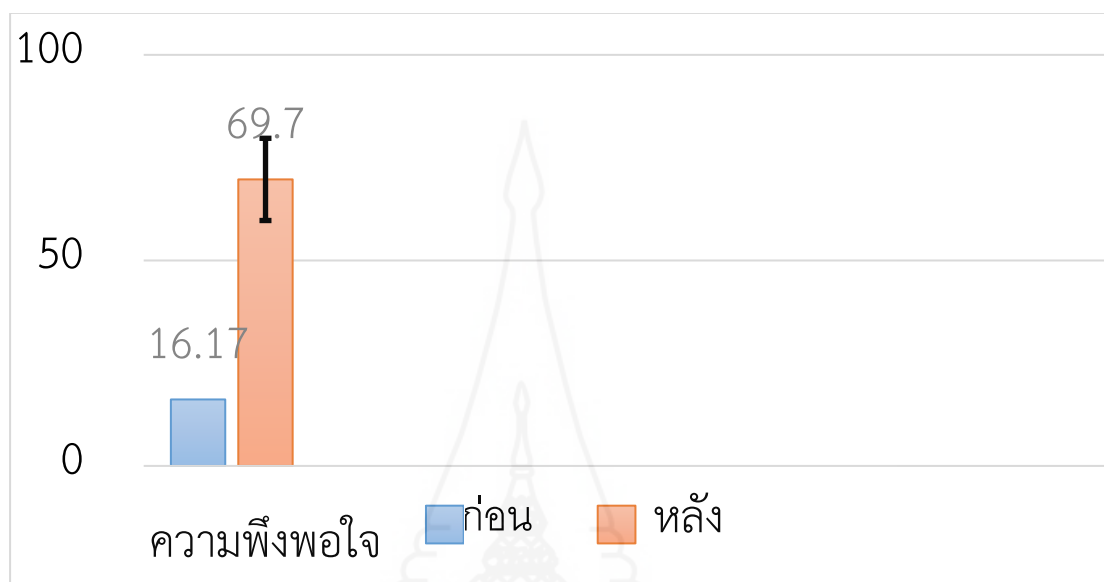
**ผลการพัฒนาด้านการประเมินผลและผลลัพธ์** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 96.00 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับดี ร้อยละ 61.60

**ผลการปฏิบัติงานโดยรวมของเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์** ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 96.00 ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองส่วนใหญ่มีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์อยู่ระดับดี ร้อยละ 58.60

**5.3.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ก่อนและหลังการศึกษาพัฒนาทดลอง**

ผลการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โดยรวมก่อนการศึกษาทดลองอยู่ในระดับควรปรับปรุง และภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองอยู่ในระดับดี และผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ นี้มีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์โดยรวม ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลองมากกว่าก่อนการศึกษาทดลองในการวิจัยครั้งนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 5.3.5 ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์ ของทีมสหวิชาชีพ



ภาพที่ 5.3 ผลความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์

ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ ก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองพบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง และหลังการศึกษาพัฒนาทดลองพบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ ศูนย์วารีรักษ์ หลังการศึกษาพัฒนาทดลองมากกว่าก่อนการศึกษาพัฒนาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 5.3.6 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์

ก่อนการดำเนินการศึกษาพัฒนาทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์

จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 โดยได้แสดงความคิดเห็นสรุป แบ่งตามหัวข้อ ทั้งหมด 5 ด้าน มี 19 ข้อย่อย พบว่าด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร อันดับแรก ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย ยังไม่เพียงพอ รองลงมา ได้แก่ ความไม่เพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

หลังการดำเนินการศึกษาพัฒนาทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์รัชย์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 โดยได้แสดงความคิดเห็นสรุป แบ่งตามหัวข้อ ทั้งหมด 5 ด้าน มี 14 ข้อย่อย พบว่าด้านที่เป็นมากที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร อันดับแรก ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายยังไม่เพียงพอ รองลงมา ได้แก่ ความไม่เพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

## 2. การอภิปรายผลการวิจัย

2.1 ข้อมูลลักษณะประชากรกลุ่มศึกษาทดลองพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์วารินทร์รัชย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่เพียงพอ บางที่มีแต่พยาบาลวิชาชีพ ไม่มีนักวิชาการสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์รัชย์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จะต้องมีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น และไม่ยุ่งยากซับซ้อนสำหรับการปฏิบัติงานเครือข่าย

2.2 ผลการทดลองสมมติฐานภายหลังการศึกษาทดลอง พบว่า กลุ่มที่ทำการศึกษาทดลองมีผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์รัชย์ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มากกว่าก่อนการศึกษาทดลองซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงยอมรับในสมมติฐานที่ตั้งไว้

### ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน

การดำเนินงานศึกษาทดลองในด้านโครงสร้างการดำเนินงานหลังการทดลอง มีผลการพัฒนางานในด้านโครงสร้างการดำเนินงานในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนางานในด้านโครงสร้างการดำเนินงานมากกว่าก่อนการศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาในด้าน โครงสร้างการดำเนินงาน โดยการจำแนกรายชื่อก่อนการศึกษาทดลอง มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการพัฒนาด้าน โครงสร้าง การดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งหมดทุกข้อ ได้แก่ ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดนโยบาย ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ศูนย์วารินรักษ์ มีนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติงานตามแผนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกับ เครือข่ายที่ชัดเจน ศูนย์วารินรักษ์มีการแต่งตั้งทีมเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน ศูนย์วารินรักษ์มีสายการบังคับบัญชา/สายการปฏิบัติงานที่ ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่าย ภายหลังจากการศึกษาทดลองพัฒนา พบว่ามี ค่าเฉลี่ยการพัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงที่สุด เนื่องจาก รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ที่พัฒนาและทดลองใช้ได้มีพัฒนาใน ด้าน โครงสร้างการดำเนินงานในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ

จิตติมา โพธิศรี (2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของชีวิต จากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า ทีมสหวิชาชีพภายใน โรงพยาบาลต่อ โครงการพบว่า เกือบ ทุกข้อที่ทีมสหวิชาชีพภายใน โรงพยาบาล เห็นด้วย ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนของความคิดเห็น มากกว่า หรือเท่ากับ 2.8, สุมานี ศรีกำเนิด (2552) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยมากขึ้นทุกระบบ เช่น 1.ปัญหา ด้าน ผู้ป่วย ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านสื่อสาร 2. ปัญหาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น เครียด ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยในบางเวลา และขาดทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3. ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ เช่น มีหนี้สิน ขาดรายได้ 4. ปัญหาด้านระบบบริการทางด้านสุขภาพ เช่น บริการนาน ไม่ได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแล และบุคลากรใน การดูแลไม่เพียงพอ 5. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น บริการที่บ้าน มีแพทย์ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มียาแก้ปวด และมีเงินช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับการจัดการดูแล พบว่า ชุมชนแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ 1.ระดับบุคคลและครอบครัว คือ ดูแลด้านจิตใจ รักษาสุขภาพ ให้แข็งแรง จัดการการปวดตามท้องถิ่น 2 ระดับชุมชน สร้างกำลังใจ และช่วยเหลือสนับสนุน 3.ระดับสังคม อุปกรณ์การแพทย์ให้ยืม มีกองทุนช่วยเหลือ และจรรยาบรรณ และคณะ (2561) ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าวิวัฒนาการรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง การพัฒนาด้วยโครงสร้าง ด้านสนับสนุนบุคลากร ด้านปฏิบัติงาน เครือข่าย ด้านการประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงมากขึ้น มีเครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.88 เป็น

ร้อยละ 98.93 การเยี่ยมบ้านจากร้อยละ 78.06 เป็นร้อยละ 97.68 การใช้ยา opioids เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.47 เป็นร้อยละ 99.57 ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์

#### ด้านการสนับสนุนทรัพยากร

การดำเนินงานศึกษาทดลองด้านการสนับสนุนทรัพยากรหลังการทดลอง มีผลการพัฒนา งานในด้านการสนับสนุนทรัพยากรในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนางานในด้านการสนับสนุนทรัพยากรมากกว่าก่อนการศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาในด้านการสนับสนุนทรัพยากร โดยการจำแนกรายข้อ ก่อนการศึกษาทดลอง มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการพัฒนาด้านการสนับสนุนทรัพยากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งหมดทุกข้อ ได้แก่ ศูนย์วารินรักษ์และ/หรือ เครือข่ายมีบุคลากรที่มีคุณภาพ และเพียงพอในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์วารินรักษ์มีการวางแผน/จัดหาและบำรุงรักษา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์วารินรักษ์ได้รับงบประมาณที่เพียงพอใจการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย งบประมาณในการดำเนินงานเครือข่ายรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เปรียบเทียบกับงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งภายหลังการศึกษาทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ก็ยังพบว่าในข้องบประมาณในการดำเนินงานเครือข่ายรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เปรียบเทียบกับงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็ยังขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากศูนย์วารินรักษ์เพิ่งจะเปิดให้บริการ 1-2 ปีที่ผ่านมา การสนับสนุนด้านทรัพยากรของศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายในด้านงบประมาณยังคงน้อย และอุปกรณ์ในการดูแลคนไข้ยังไม่เพียงพอและครอบคลุมมากนักในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ดังนั้นสัดส่วนงบประมาณจึงยังไม่มี ความแตกต่างมากนักซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุมานี ศรีกำเนิด (2552) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยมากขึ้นทุกระบบ เช่น 1.ปัญหาด้านผู้ป่วย ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านสื่อสาร 2. ปัญหาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น เครียด ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยในบางเวลา และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น มีหนี้สิน ขาดรายได้ 4. ปัญหาด้านระบบบริการทางด้านสุขภาพ เช่น บริการนาน ไม่ได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแล และบุคลากรในการดูแลไม่เพียงพอ 5. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น บริการที่บ้าน มีแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มียาแก้ปวด และมีเงินช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับการจัดการดูแลพบว่า ชุมชนแบ่งออกได้ 3 ระดับ

คือ 1.ระดับบุคคลและครอบครัว คือ ดูแลด้านจิตใจ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง จัดการการปวดตาม ท้องถิ่น 2ระดับชุมชน สร้างกำลังใจ และช่วยเหลือสนับสนุน 3.ระดับสังคม อุปถัมภ์การแพทย์ ให้ยืม มีกองทุนช่วยเหลือ

### ด้านการประสานงาน

การดำเนินงานศึกษาทดลองด้านการประสานงานหลังการทดลอง มีผลการพัฒนา งานใน ด้านการประสานงานในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนางานในด้านการประสานงานมากกว่าก่อน การศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของผลการพัฒนาในด้านการประสานงาน โดยการจำแนกรายชื่อก่อนการศึกษาทดลอง มีค่าเฉลี่ย ประสิทธิภาพการพัฒนาด้านการประสานงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งหมดทุกข้อ ได้แก่ ศูนย์วารินรักษ์ และเครือข่ายมีขั้นตอนการประสานงาน/การปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังสุดท้ายไว้อย่าง ชัดเจน ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดวิธีการและช่องทางการประสานงานระยะเวลาในการประสานงาน ในแต่ละขั้นตอน ร่วมกันของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังสุดท้าย ศูนย์วารินรักษ์มีแบบบันทึก ข้อมูลและข้อมูลที่จำเป็นระหว่างเครือข่าย ในการนำส่งผู้ป่วยระยะเรื้อรังสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องครบถ้วน ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายมีแบบบันทึกข้อมูลในการรับ-ส่งผู้ป่วยระยะ เรื้อรังสุดท้าย มีความเหมาะสม และใช้ภาษาที่ชัดเจน ภายหลังการศึกษาทดลองพัฒนา พบว่ามีค่าเฉลี่ย การพัฒนาด้านการประสานงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงขึ้น เนื่องจาก รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ เรื้อรังสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ที่พัฒนาและทดลองใช้ได้มีพัฒนาในด้านการประสานงาน ในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประกอบกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบ ช่องทางการประสานงาน และมีแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน ส่งผลดีต่อด้านการ ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ภายหลังการพัฒนา ทดลองทำให้ค่าเฉลี่ยผลด้านการประสานงานอยู่ในระดับสูงและสูงที่สุดซึ่งมีความสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ฐิติมา โพธิศรี (2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของชีวิต จากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่าด้านการประสานงานกับผู้รับผิดชอบหลักโดยตรง หรือประสานงานกับทีมสหวิชาชีพได้สะดวกขึ้น แต่ระบบการรับส่งต่อข้อมูลและด้านการ ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในและในชุมชน มีไม่เพียงพอและไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดจาก เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวนน้อยหรือยัง ไม่มีและระบบการ ดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจาก โรงพยาบาลสู่บ้านเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นมา ใหม่ และเจ้าผู้ปฏิบัติงานในชุมชนยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเหล่านี้จึง ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานได้



### ด้านการปฏิบัติงาน

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาในด้านการปฏิบัติงาน โดยการจำแนกรายข้อ ก่อนการศึกษาทดลอง มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการพัฒนาด้านกาประสานงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งหมดทุกข้อ ได้แก่ ศูนย์วารินทร์ภักดีมีการจัดทำขั้นตอน/Flowchart การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน การจัดทำคู่มือ/แนวทาง การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการดำเนินการ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายของศูนย์วารินทร์ภักดี คู่มือ/แนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินทร์ภักดี เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้ ภายหลังการศึกษาพัฒนาทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยผลด้านการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและสูงที่สุด เนื่องมาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์ภักดีที่พัฒนาและทดลองใช้นั้น ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้มีการร่วมกันจัดทำแนวทางขั้นตอนในการปฏิบัติงาน เครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง มีการทบทวนและแก้ไขปรับปรุงในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายของศูนย์วารินทร์ภักดี โรงพยาบาลวารินชำราบ ทำให้ได้ขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินทร์ภักดี ที่เข้าใจตรงกันระหว่างเครือข่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จูฑิตมา โภทิสรี (2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่าด้านการปฏิบัติงานการพัฒนาเครื่องมือมาใช้กับผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีแผนการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ใบประเมินการดูแลแบบประคับประคอง ใบส่งต่อข้อมูล และด้านผู้ปฏิบัติงานในชุมชนมีต่อการดำเนินโครงการพบว่า การผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเห็นด้วย ซึ่งค่าเฉลี่ย มากกว่าหรือเท่ากับ 3.0 แต่ระบบการรับส่งต่อข้อมูลและด้านการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในและในชุมชน มีไม่เพียงพอและไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวนน้อยหรือยังไม่มีและระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ และเจ้าผู้ปฏิบัติงานในชุมชนยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเหล่านี้จึงทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานได้, เทวีไชยะเสน (2552) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า 1.ระยะพัฒนารูปแบบ ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง 2.ระยะทดลองรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณปานกลางและได้รับการดูแลตามรูปแบบ ความพึงพอใจการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก แลพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจใน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับปานกลาง ส่วนข้อมูลที่ได้เชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเห็นชอบในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากพบว่าทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลมากขึ้น, ลิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2552) ศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนามี 3 อย่างคือ

1. ด้านบุคคล คือผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และความต้องการของผู้ป่วย ได้รับการคำนึงและดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต และผู้ป่วยได้รับการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี
2. ด้านบุคลากรทีมสหวิชาชีพ มีความรู้และเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มีเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวม
3. ด้านองค์กร องค์กรได้รูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และจิวัฒน์ วิภักดิ์ (2555) ศึกษาการสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1. ผู้จัดการรายกรณี โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน
2. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
3. กำหนดแนวการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยนำรูปแบบมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรี ไม่ทรมานเกี่ยวกับโรค ในด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าญาติมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสุปรียา ดิยั้ง (2554) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน โดยรวมทุกด้าน หลังให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

#### **ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์**

การดำเนินงานศึกษาทดลองด้านการประเมินผลและผลลัพธ์หลังการทดลอง มีผลการพัฒนา งานในด้านการประเมินผลและผลลัพธ์อยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนางานในด้านการปฏิบัติงานมากกว่าก่อนการศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาในด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ โดยการจำแนกรายชื่อ ก่อนการศึกษาทดลอง มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการพัฒนาด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำที่สุดและต่ำ ทั้งหมดทุกข้อ ได้แก่ ศูนย์วารินรักษ์มีระบบติดตามประเมินผล

การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ การติดตามผล/การประเมินผลเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกันระหว่าง หน่วยรับ และหน่วยส่ง ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่าย หน่วยรับ-ส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการนำ ผลการประเมินและนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบ ความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบเครือข่าย ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์ เครือข่ายหน่วยรับ-ส่งของศูนย์ วารินรักษ์มีความเข้าใจผิดเกิดขึ้นจากการประสานงานการส่งต่อ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจาก การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/ขั้นตอนการประสานงานของศูนย์วารินรักษ์ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น จากข้อมูลของศูนย์วารินรักษ์ที่จำเป็นของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลในการนำส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายไม่ถูกต้อง ภายหลังจากศึกษาพัฒนาทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยผลด้านการประเมินผลและ ผลลัพธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและสูงที่สุด ยกเว้นข้อความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบ เครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์ ภายหลังจากประเมินผล และผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ผลการประเมินผลและผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โดยการนำผลการประเมิน มาพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ และเพิ่มความถี่ในการติดตามการประเมินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ดังนั้นภายหลังจากศึกษาทดลองผลจึงมีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการ ปฏิบัติงานด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและสูงที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้อง กับผลการวิจัย จูติมา โปธิศรี (2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของชีวิต จากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่าด้านประเมินผลการติดตามเยี่ยมและแบบฟอร์มตอบกลับ โรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตให้มีความต่อเนื่องของการดูแล รักษาจากโรงพยาบาลสู่บ้าน, มุกดา ยิ้มย่อง (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี ในระยะก่อน พัฒนาระบบจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีการศึกษาวิเคราะห์เชิงกล ยุทธ และหลังการพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีการประเมินผล จากทีมสหวิชาชีพ พบว่า ด้านการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.58 ด้านโครงสร้างขององค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.42 ด้านประเมินผลลัพธ์ภาพรวมระดับ มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.49 ,วีรยา อินทร์คง (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าด้านบุคลากรภายหลังทดลอง ทีมสหภาพมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์ รวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ,ภักวีร์ นาคะวิโร (2560) ได้ศึกษา ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของป่วยมะเร็งแบบประคับประคองมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ช่วยลดอาการทางกายของผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และกัญญา วิริยโกศล และคณะ (2560) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลศูนย์เครือข่ายชุมชน อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงตาม PPS score และครอบคลุมในด้าน กายจิต จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีร้อยละ 96.0 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงร้อยละ 98.2 ส่งผลให้ผู้ป่วยญาติมีความพึงพอใจการดูแลร้อยละ 98.0 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลศูนย์เครือข่ายชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในการดูแลมากขึ้น

#### **ด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ**

ด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ หลังการศึกษาทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจมากกว่าก่อนการศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจจำแนกรายข้อ พบว่าก่อนการศึกษาทดลองค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ 1 ข้อ ได้แก่ ท่านพึงพอใจต่องบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์ ภายหลังการศึกษาทดลองพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและสูงที่สุด ในการจัดประชุมวิชาการ โดยการใช้กระบวนการ A-I-C ทำให้ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน และมีการระดมสมองในการคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชิงสร้างสรรค์ ทำให้ทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจปัญหาหาค้นหาปัญหา วางแผนร่วมกันทำงานเป็นทีมร่วมกัน ทำให้เกิดการพัฒนาไปในทางที่ดี ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ และเกิดการพัฒนาที่ดีต่อๆ ไป ในอนาคต และทำให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายโดยรวมมากกว่าก่อนการศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จูติมา โพธิศรี (2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จากโรงพยาบาลคู่มือบ้าน

พบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล มีความพึงพอใจมาก จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ 3.8, จิตติพร จตุพรพิพัฒน์ (2557) ศึกษาารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก พบว่าความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการจัดการดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลวังเจ้าได้ร้อยละ 91.96, จิระภา หงษ์ตระกูล และคณะ (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ เพื่อนำการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.7 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการปฏิบัติอยู่ในแนวระดับสูงร้อยละ 95.5 และความรู้อของพยาบาลวิชาชีพก่อนอบรมต่ำกว่าหลังอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001, วีรยา อินทร์คง (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าด้านบุคลากรภายหลังทดลอง ทีมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านความพึงพอใจของทีมสุขภาพหลังการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านบริการของทีมสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสุกัญญา ยงสว่าง และคณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้รับการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงใจในการดูแลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 และทีมสหวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 95

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ มีประสิทธิผลในการสร้างความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย โรงพยาบาลวารินชำราบให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่รักษาไม่หายนอกเหนือจากโรคมะเร็ง เช่น โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคระบบประสาทระยะสุดท้าย และโรคผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งมีแนวทางในการดูแล

ที่แตกต่างกันไปในแต่ละด้าน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเสียชีวิตอย่างสงบ

### 3. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษางานวิจัย ผู้ศึกษาวิจัยมีข้อเสนอแนะที่จะกล่าวถึง ดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

3.1.1 ทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้กับกระบวนการ A-I-C เพราะว่ากระบวนการ A-I-C มีวิธีการ และขั้นตอนที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน เข้าใจสภาพปัญหา ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ของงานที่ทำ มีส่วนร่วมในการร่วมกันวางแผน การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความรู้สึกตัวเองมีส่วนร่วมในงาน เกิดความภาคภูมิใจ ในผลของงานที่พัฒนา ดังนั้นการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C จึงสามารถใช้ในการทำงาน การวางแผน การพัฒนางานร่วมกัน และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3.1.2 ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า การประยุกต์ใช้กับกระบวนการ A-I-C มาใช้ในการจัดประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย โดยมีทีมสหวิชาชีพเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายดีขึ้น จึงเห็นว่าสมควรส่งเสริมให้มีวิธีการดังกล่าวนำไปใช้พัฒนารูปแบบการผู้ป่วยโรคอื่นๆ

3.1.3 ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงด้านการสนับสนุนทรัพยากร ยังไม่เพียงพอไม่ว่าจะเป็นด้านบุคคล งบประมาณ และด้านอุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1.4 จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ สหวิชาชีพทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพทีมสุขภาพต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด จึงสมควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ไปใช้ในศูนย์วารินรักษ์และเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุน ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

และส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในด้าน กาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้างานวิจัยต่อไป

3.2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยการศึกษาแบบเชิงปฏิบัติการใช้ระยะเวลาในการปรับปรุงนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ในพื้นที่เพียง 3 เดือน แล้วทำการประเมินผลพร้อมทั้งปรับปรุง และพัฒนารูปแบบเพียง 1 ครั้ง ในด้านประเมินประสิทธิผลการพัฒนา ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุน ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จึงควรศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว โดยนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้อีก และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานทุกขั้นตอน และทำการวางแผนแก้ไขร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. จิตอาสา และเครือข่ายในชุมชน นำแผนไปปฏิบัติและประเมินผลเป็นวงจรในระยะยาว เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สุดท้ายจะได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบหนึ่ง

3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบคุณภาพไปควบคู่กัน เพื่อให้ครอบคลุมทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการรับส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

3.2.4 ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกัน ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งระบบเขตการส่งต่อ เขตสุขภาพ และรูปแบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ในระดับของโรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลศูนย์ ในอนาคต



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



## บรรณานุกรม

- จิระประภา และคณะ. (2561). “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น” วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 6, 2 (เมษายน-มิถุนายน): 318-335.
- จิระภา หงษ์ตระกูล และคณะ. (2558). “ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ เพื่อนำการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี” วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 33, 1 (มกราคม-มีนาคม): 71-79.
- ชัยวุฒิ ศรีสุโข. (2558). “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” ก้าวใหม่ ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนา หลักประกันสุขภาพ ปีที่8, ฉบับที่39 (พฤษภาคม-มิถุนายน), 2-5.
- ชีวะรัตน์ วิกักดี. (2555). การสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชุดิกาลญณ์ หลุทัย และคณะ. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สี่ตะวัน.
- จิตติพร จตุพรพิพัฒน์. (2557). รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- จิตติมา โพธิศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลผู้บ้าน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ดวงใจ ฆารประเดิม. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เทวี ไชยะเสน. (2552). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ธีรภรณ์ จันทร์ตา และคณะ. (2560). “ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง: บริบทภาคกลาง” วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 10, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 87-102.

- บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ. (2560). “การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไว้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องเห อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี” วารสารวิชาการสาธารณสุข 26, 5 (เดือนกันยายน-ตุลาคม): 905-913.
- บรรเทิง พลสวัสดิ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องเห จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ปรียา ดียิ่ง. (2554). ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภักวีร์ นาคะวิโร. (2560). “ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา” วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 7, 1 (มกราคม-เมษายน): 11-23.
- มุกดา ยิ้มย่อง. (2556). การพัฒนาจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- รัชนิวรรณ คุณตระกูล. (2561). “การพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 36, 1 (มกราคม-มีนาคม): 189-197.
- โรงพยาบาลวารินชำราบ. (2562). “สถิติศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ” ค้นคืนเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2562 จาก [www.TCB.nci.go.th/CWEB/reportbase.co](http://www.TCB.nci.go.th/CWEB/reportbase.co).
- \_\_\_\_\_. (2562). “สถิติข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล” ค้นคืนเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2562 จาก [www.TCB.nci.go.th/CWEB/reportbase.co](http://www.TCB.nci.go.th/CWEB/reportbase.co).
- วรรณดี จันทศิริ และคณะ. (2545). “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี” ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี (เอกสาร).
- วีไอเอไทย. (2561). รายงานโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลก รายงาน วันที่ 14 กันยายน 2018 <https://www.voathai.com>

- วีรยา อินทร์คง. (2558). *ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วิษณุ ทรายแก้ว และคณะ. (2560). “พัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป่าชุมชนที่ยั่งยืนของประชาชนบ้านยางโพรง ตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี” *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี* 4, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 273-290.
- ศรีเวียง ไพโรจน์ และ ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (2560). *แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุณรักษ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศรีวังนาวิทยา.
- บุญยามาศ ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล. (2547). *รายงานการประชุมวิชาการเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมสัมมนาเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม วันที่ 24 เมษายน 2547*. ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล
- ศูนย์วารักษ์. (2560). *รายงานการประชุมวิชาการบทบาทของศูนย์วารักษ์ สัมมนาบทบาทของศูนย์วารักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 29-30 มกราคม 2560*. ศูนย์วารักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
- สมจิตร ประภากร และคณะ. (2558). “การพัฒนากระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการศึกษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ” *วารสารกองการพยาบาล* 42, 3 (กันยายน-ธันวาคม): 50-68.
- สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และคณะ. (2557). “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชนของกรุงเทพมหานคร” *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 12, 1 (มกราคม-เมษายน): 75-89.
- สมพร เทพสุริยานนท์ และวีระนุช มยุเรศ. (2557). “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี” *วารสารสมาคมพยาบาลศาสตร์* 31, 1 (มกราคม-มีนาคม): 24-33.
- สิริญา นิมพาลี. (2553). *การพัฒนาแบบส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2552). *การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- สุกัญญา ยงสว่าง และคณะ. (2558). “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ  
 ประคับประคอง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี” วารสารแพทย์เขต 4-5 34, 3  
 (กรกฎาคม-กันยายน): 236-24.
- สุกัญญา วิริยโกศล และคณะ. (2560). “ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย  
 แบบประคับประคองจากโรงพยาบาลคู่มือผู้ป่วยชุมชน อำเภอกระทุ่มแบน  
 จังหวัดสมุทรสาคร” วารสารวิชาการสาธารณสุข 26, 4 (กรกฎาคม-สิงหาคม): 759-769.
- สุมานี ศรีกำเนิด. (2552). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-  
 ศาตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ.
- สุมานี ศรีกำเนิด. (2552). “การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน” วารสารพยาบาลทหารบก 10, 1  
 (มกราคม-มิถุนายน): 59-67.
- สุวคนธ์ กุรัตนและคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล  
 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก. สำนักงานปลัดกระทรวง  
 สาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวภรณ์ แนวจำปา. (2554). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ*. (วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีนิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย,  
 กรุงเทพฯ.
- เสาวนีย์ เตือนเด่นและคณะ. (2558). “โครงการวิจัยการมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร”  
 (เอกสาร).
- อรพินท์ พรหมวิเศษ และคณะ. (2559). “กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม  
 โรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิคกระบวนการAIC:บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10  
 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี” วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
 4, 2 (เมษายน-มิถุนายน): 167-183.
- อรพินท์ สฟโชคชัย. (2537). *คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการประชุมการพัฒนาหมู่บ้าน:  
 การพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัย  
 เพื่อพัฒนาประเทศไทย.*
- Alex Vilalta, Joan Valls, Josep Porta AND Juan Vinas. (2014). “Evaluation of Spipitual Needs of  
 Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit” Jaunal of palliative medicine,  
 2014, 17 (5): 592-600).

- Kerin Adelson and other person. (2017). "Development of imminent Mortality Predictor for Advanced Cancer (IMPAC), a Tool to predict short-term Mortality in Hospital Patients with Advanced Cancer" *Journal of oncology practice*, 2019, 14 (march) 3: 168-175.
- Kyriaki Mystakidou, Efi Parpa, Eleni Tsilika, Ourania Kaladopoulou and Lambros Vlahos. (2002). "The families evaluation in management, care and disclosure for terminal stage cancer patients" *BMC Palliative Care*, 2002,1 (3: 1-8).
- Monica C. Flidner, Geoffrey Mitchell and other person. (2019). "Development and Use of the 'SENS' structure to Proactively Identify Care Needs in Early Palliative Care- An Innovative Approach" *healthcare*, 2019, 7 (32: 1-12).
- Richard Harding, Shoba Nair AND Maria Ekstrand. (2018) "Multilevel model of stigma and barriers to cancer palliative care in India: a qualitative study" *BMJ open*, 2019, 9 (January) e0242248: 1-9.
- Robin L. Fainsinger, Carleen Brennwis and Konrad Fassbender. (2007). "Edmonton, Canada: A Regional Model of Palliative Care Development *Journal of pain and symptom management*, 2007, 33 (5: 634-639).
- Soonk-Nam Kin, Soon-Ock Choi, Seong Hoon Shin, Ji-Sun Ryu and Jeong-Won Baik. (2016). "Development of a Community-Based Palliative Care Model for Advance Cancer Patients in Public Health Centers in Busan, Korea" *Cancer Res Treat*, 2017, 49 (3: 559-568).
- Su Hyun Kim, Bok Yae Chung, Yu Xu. (2009). "Evaluation of a Home-Based Hospice and Palliative Care Program in a Community Health Center in Korea" *Asian Nursing Research*. 2009, 3 (march) 1: 24-30.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

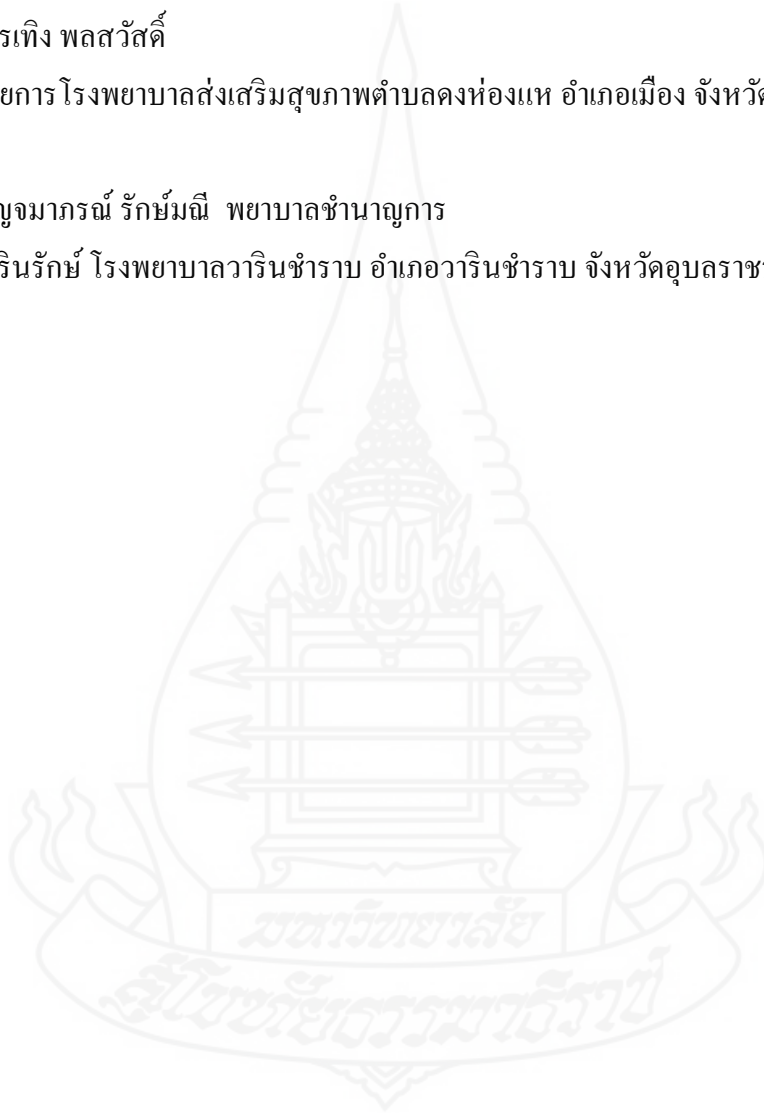
**ภาคผนวก ก**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



**ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล**

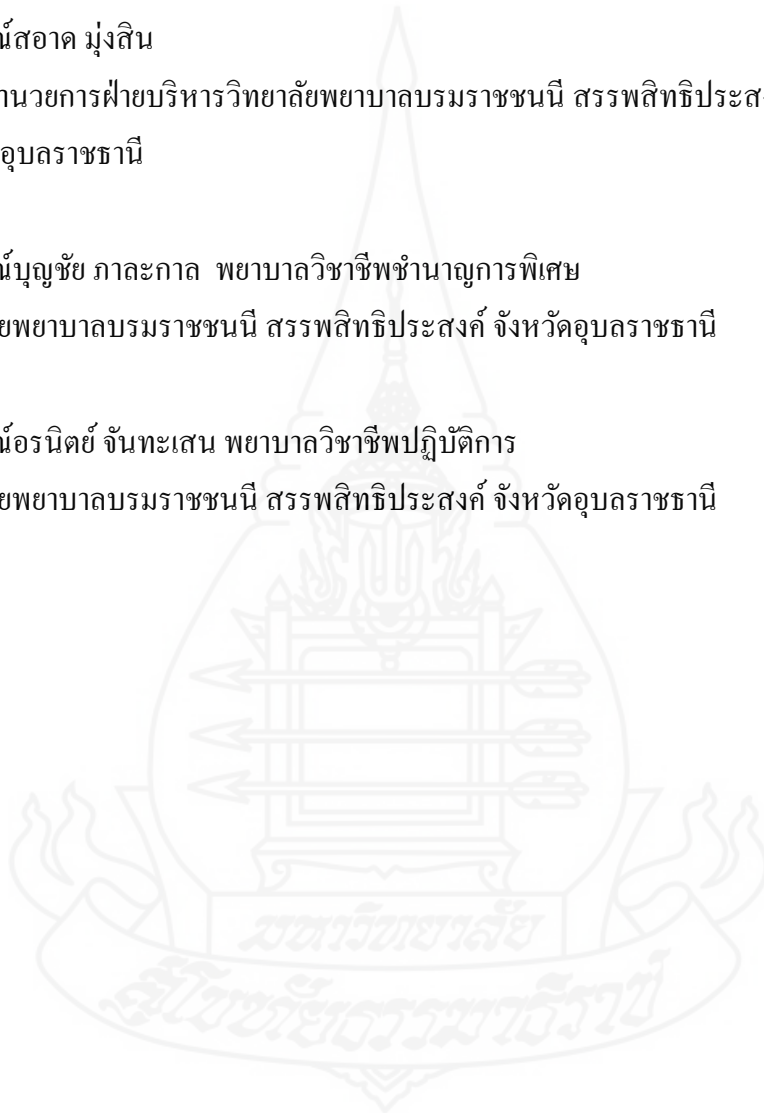
1. นายแพทย์สุธี สุดดี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าศูนย์วารินทร์รักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. นางบรรเทิง พลสวัสดิ์  
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องแห อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี
3. นางเบญจมาภรณ์ รักษ์มณี พยาบาลชำนาญการ  
ศูนย์วารินทร์รักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี





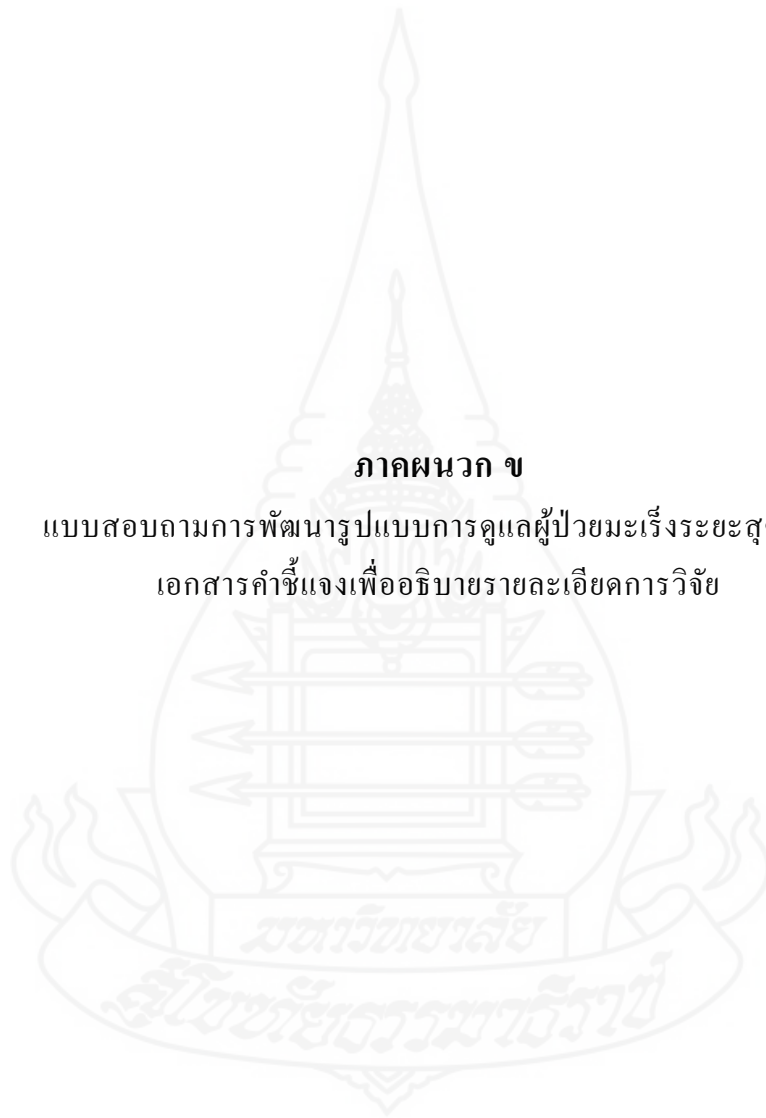
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือในการจัดประชุมวิชาการ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C

1. นางบรรเทิง พลวัสดี้  
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องแห อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. อาจารย์สอาด มุ่งสิน  
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์  
จังหวัดอุบลราชธานี
3. อาจารย์บุญชัย ภาละกาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
4. อาจารย์อรนิตย์ จันทะเสน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



**ภาคผนวก ข**

แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย  
เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย



## สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่ 17 เมษายน 2562

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยพัฒนา

เรียน ผู้เข้าร่วมงานวิจัย

เนื่องด้วยนายอานนท์ เอียดปราบ นักศึกษาหลักสูตร แขนงวิชาการบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยอยู่ในความดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สัตตะกลิน

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติในการให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัย โดยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีการบังคับหรือเกิดผลกระทบต่อท่านและครอบครัวใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้อมูลของท่านจะถือว่าเป็นความลับโดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้ใดทราบด้วยการเก็บแบบเอกสารชั้นลับที่สุดของผู้วิจัย และผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลนี้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หากจะใช้ข้อมูลนี้ในการศึกษาอื่นจะทำการขออนุญาตจากเจ้าของข้อมูลทุกครั้งภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นายอานนท์ เอียดปราบ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 0925695645 หรือ รองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สัตตะกลิน หมายเลขโทรศัพท์ 0818691475

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล

ขอแสดงความนับถือ

(นายอานนท์ เอียดปราบ)

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารโรงพยาบาล)

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

### แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... ได้รับฟังคำอธิบายจาก นายอานนท์  
 เอียดปราบ เกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย ในงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 สุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์ศรี โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี” แล้ว  
 โดยคำอธิบายมีเนื้อหาและรายละเอียดครอบคลุมหัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์ กิจกรรมของวิจัย  
 และระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย (2) ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบ และ  
 (3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม/ปฏิเสธ/หรือ  
 ถอนตัวออกจากวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่เกิดผลกระทบและความเสียหายใดแก่ตัวข้าพเจ้าและ  
 ครอบครัว ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้อินยอมให้บันทึกภาพและเสียงขณะทำกิจกรรม เพื่อประโยชน์ในการ  
 วิจัย โดยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อ  
 ภาพ หรือเสียงในการรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใน  
 งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์ศรี  
 โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี” ด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย .....

(ลงนามด้วยบรรจง)

..... พยาน

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง .....

(นายอานนท์ เอียดปราบ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วรินรักษ์  
โรงพยาบาลวรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วรินรักษ์ โรงพยาบาลวรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายวรินรักษ์ จำนวน 23 ข้อ

1. ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ
2. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร จำนวน 4 ข้อ
3. ด้านการประสานงาน จำนวน 4 ข้อ
4. ด้านการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ข้อ
5. ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพของศูนย์วรินรักษ์ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของศูนย์วรินรักษ์ จำนวน 4 ข้อ

.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน หรือกรอกข้อความในช่องว่าง

1.อายุ.....ปี

(เต็ม)

2.เพศ

( ) 1.ชาย ( ) 2.หญิง

3.สถานภาพการสมรส

( ) 1.โสด ( ) 2.คู่ ( ) 3.หม้าย / หย่า / แยก

4.ระดับการศึกษาสูงสุด

- ( ) 1.ต่ำกว่าปริญญาตรี  
 ( ) 2.ปริญญาตรีขึ้นไป  
 ( ) 3.ปริญญาโท  
 ( ) 4.อื่นๆ โปรดระบุ.....

5.สถานที่ปฏิบัติงาน

- ( ) 1.ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ  
 ( ) 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6.ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน

- ( ) 1.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ( ) 2.พยาบาลวิชาชีพ  
 ( ) 3.นักวิชาการสาธารณสุข ( ) 4.เภสัชกร  
 ( ) 5.นักกายภาพบำบัด ( ) 6.นักสังคมสงเคราะห์  
 ( ) 7.นักโภชนาการ ( ) 8.แพทย์แผนไทย  
 ( ) 9.นักจิตวิทยา ( ) 10.อื่นๆ โปรด

ระบุ.....

7.ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง  
 ประมาณ

( ) .....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของ ศูนย์  
วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
มะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์

ระดับความคิดเห็นที่ใช้ตอบข้อ 1-20

- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
	โครงสร้างการดำเนินงาน						
1.	ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร						
2.	ศูนย์วารินรักษ์มีนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติงานตามแผนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายร่วมกับเครือข่ายที่ชัดเจน						
3.	ศูนย์วารินรักษ์มีการแต่งตั้งทีมเครือข่ายทุก ภาคส่วนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน						
4.	ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ เครือข่ายในดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ ชัดเจน						

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
5.	ศูนย์วารินทร์รักษามีสายการบังคับบัญชา/สายการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเครือข่าย						
	<b>การสนับสนุนทรัพยากร</b>						
6.	ศูนย์วารินทร์รักษและ/หรือเครือข่ายมีบุคลากรที่มีคุณภาพ และเพียงพอในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย						
7.	ศูนย์วารินทร์รักษมีการวางแผน/จัดหาและบำรุงรักษา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐาน						
8.	ศูนย์วารินทร์รักษได้รับงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย						

9.งบประมาณในการดำเนินงานเครือข่ายรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เปรียบเทียบกับงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ

- ( ) 1 <ร้อยละ 2  
 ( ) 2 ร้อยละ 2  
 ( ) 3 ร้อยละ 3  
 ( ) 4 ร้อยละ 4  
 ( ) 5 >=ร้อยละ 4



ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
	<b>การดำเนินงาน</b>						
10.	ศูนย์วารินทร์รักษ์และเครือข่ายมีขั้นตอนการประสานงาน/การปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน						
11.	ศูนย์วารินทร์รักษ์มีการกำหนดวิธีการและช่องทางการประสานงานระยะเวลาในการประสานงานในแต่ละขั้นตอน ร่วมกันของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย						
12.	ศูนย์วารินทร์รักษ์มีแบบบันทึกข้อมูลและมีแบบบันทึกข้อมูลที่จำเป็นระหว่างเครือข่าย ในการนำส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบถ้วน						
13.	ศูนย์วารินทร์รักษ์และเครือข่ายมีแบบบันทึกข้อมูลในการรับ-ส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความเหมาะสม และใช้ภาษาที่ชัดเจน						
	<b>การปฏิบัติ</b>						
14.	ศูนย์วารินทร์รักษ์มีการจัดทำขั้นตอน/Flowchart การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน						
15.	การจัดทำคู่มือ/แนวทาง การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการดำเนินการ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายของศูนย์วารินทร์รักษ์						
16.	คู่มือ/แนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินทร์รักษ์ เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้						

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
	<b>การประเมินผลและผลลัพธ์</b>						
17.	ศูนย์วารินรักษ์มีระบบติดตามประเมินผลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน						
18.	ศูนย์วารินรักษ์มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ การติดตามผล/การประเมินผลเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกันระหว่างหน่วยรับ และหน่วยส่ง						
19.	ศูนย์วารินรักษ์และเครือข่าย หน่วยรับ-ส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการนำผลการประเมินและนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบ						

20.ความถี่ในการติดตามประเมินผลระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์

- ( ) 1 1 ครั้ง/ปี
- ( ) 2 1 ครั้ง/ 6 เดือน
- ( ) 3 1 ครั้ง/ 3 เดือน
- ( ) 4 1 ครั้ง/ 2 เดือน
- ( ) 5 1 ครั้ง/ เดือน

ระดับความคิดเห็นที่ใช้ตอบข้อ 21-23

1 หมายถึง	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อยที่สุด	80-100 %
2 หมายถึง	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อย	60-79 %
3 หมายถึง	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นปานกลาง	30-59 %
4 หมายถึง	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อย	10-29 %
5 หมายถึง	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด	< 10 %

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
21.	เครือข่ายหน่วยรับ-ส่งของศูนย์วารินทร์รัชย์มีความเข้าใจผิดเกิดขึ้นจากการประสานงานการส่งต่อ						
22.	ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/ขั้นตอนการประสานงานของศูนย์วารินทร์รัชย์						
23.	ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากข้อมูลของศูนย์วารินทร์รัชย์ที่จำเป็นของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลในการนำส่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่ถูกต้อง						

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านต่อระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1.	ท่านพึงพอใจการปฏิบัติงานเครือข่ายรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินทร์รัชย์						
2.	ท่านพึงพอใจโครงสร้างการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินทร์รัชย์						

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
3.	ท่านพึงพอใจต่องบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์						
4.	ท่านพึงพอใจการทำงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์						
5.	ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์						
6.	ท่านพึงพอใจต่อระบบติดตามประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์						

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อดูแลต่อเนื่องของศูนย์วารินรักษ์

1.ด้านโครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์วารินรักษ์

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

2.ด้านการสนับสนุนทรัพยากรของศูนย์วารินรักษ์

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....  
.....

3.ด้านการประสานงานของศูนย์วารินทร์รักษ์

ปัญหาอุปสรรค.....  
.....

ข้อเสนอแนะ.....  
.....

4.ด้านการปฏิบัติงานของศูนย์วารินทร์รักษ์

ปัญหา  
อุปสรรค.....  
.....

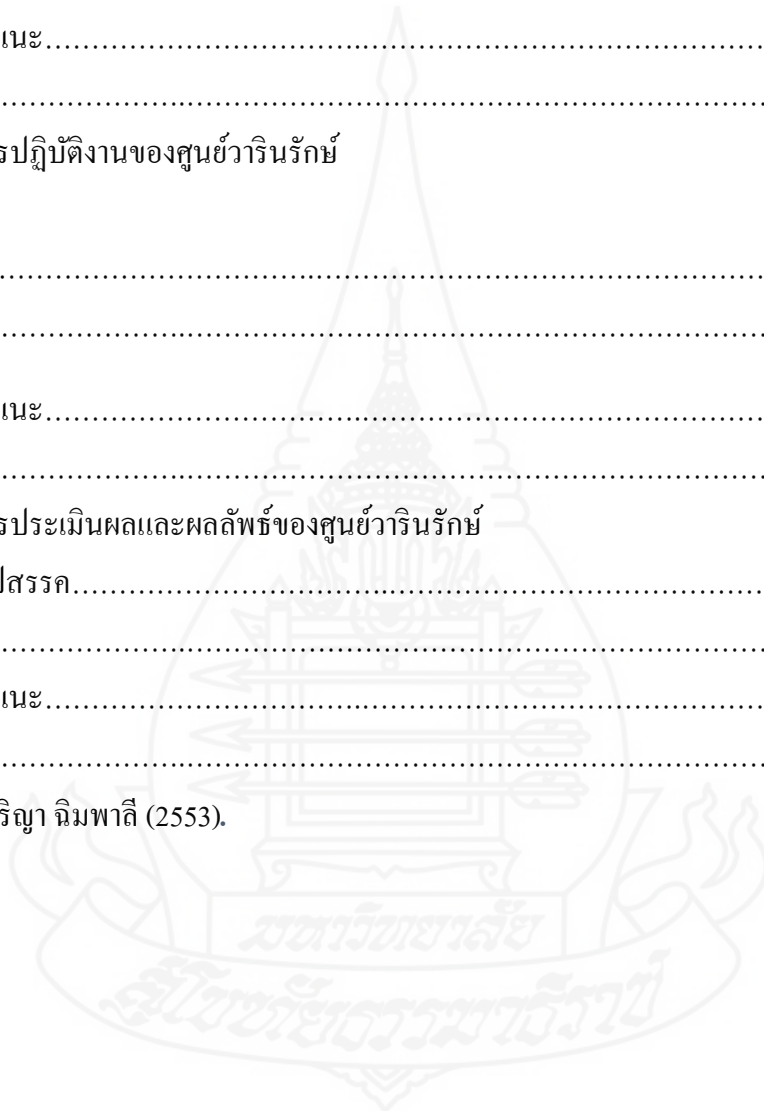
ข้อเสนอแนะ.....  
.....

5.ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ของศูนย์วารินทร์รักษ์

ปัญหาอุปสรรค.....  
.....

ข้อเสนอแนะ.....  
.....

อ้างอิง: สิริญา นิมพาลี (2553).



ภาคผนวก ค  
ผลการทดลองเครื่องมือ



## ผลการทดลองเครื่องมือ

Reliability ส่วนที่ 1 ความคิดเห็น 23 ข้อ

Scale: ALL VARIABLES

## Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	35	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	35	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.882	.900	23

## Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q1	3.8857	.90005	35
Q2	3.7429	1.01003	35
Q3	3.8571	.94380	35
Q4	3.8857	.90005	35
Q5	4.0286	.85700	35
Q6	3.7714	.80753	35
Q7	3.8000	.96406	35
Q8	3.5429	1.03875	35
Q9	2.6286	1.13981	35
Q10	3.9429	.76477	35
Q11	3.7714	.84316	35

Q12	3.7714	.84316	35
Q13	3.6857	.90005	35
Q14	3.7143	.82503	35
Q15	3.8571	.73336	35
Q16	3.7429	.85209	35
Q17	3.6857	.79600	35
Q18	3.8000	.71948	35
Q19	3.6857	.75815	35
Q20	2.6000	1.28795	35
Q21	3.2857	1.01667	35
Q22	3.0857	1.03955	35
Q23	3.2000	.99410	35
QE1	3.7714	.73106	35
QE2	3.7714	.87735	35
QE3	3.4857	.85307	35
QE4	3.6857	.75815	35
QE5	3.7714	.68966	35
QE6	3.6857	.83213	35

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	79.0857	113.198	.566	.	.875
Q2	79.2286	119.240	.208	.	.885
Q3	79.1143	108.869	.766	.	.869
Q4	79.0857	110.316	.726	.	.870
Q5	78.9429	114.173	.543	.	.876



Q6	79.2000	117.518	.382	.	.880
Q7	79.1714	107.970	.796	.	.868
Q8	79.4286	111.076	.580	.	.874
Q9	80.3429	120.055	.140	.	.889
Q10	79.0286	111.323	.802	.	.870
Q11	79.2000	112.635	.643	.	.873
Q12	79.2000	111.282	.723	.	.871
Q13	79.2857	110.916	.692	.	.871
Q14	79.2571	112.314	.678	.	.872
Q15	79.1143	112.810	.738	.	.872
Q16	79.2286	111.182	.720	.	.871
Q17	79.2857	113.622	.624	.	.874
Q18	79.1714	115.734	.556	.	.876
Q19	79.2857	112.916	.705	.	.872
Q20	80.3714	117.064	.220	.	.888
Q21	79.6857	125.869	-.090	.	.894
Q22	79.8857	127.987	-.179	.	.897
Q23	79.7714	123.299	.026	.	.891

**Reliability**

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ 6 ข้อ

Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	35	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	35	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.737	.742	6

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
QE1	3.7714	.73106	35
QE2	3.7714	.87735	35
QE3	3.4857	.85307	35
QE4	3.6857	.75815	35
QE5	3.7714	.68966	35
QE6	3.6857	.83213	35

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
QE1	3.7714	.73106	35
QE2	3.7714	.87735	35
QE3	3.4857	.85307	35
QE4	3.6857	.75815	35
QE5	3.7714	.68966	35
QE6	3.6857	.83213	35

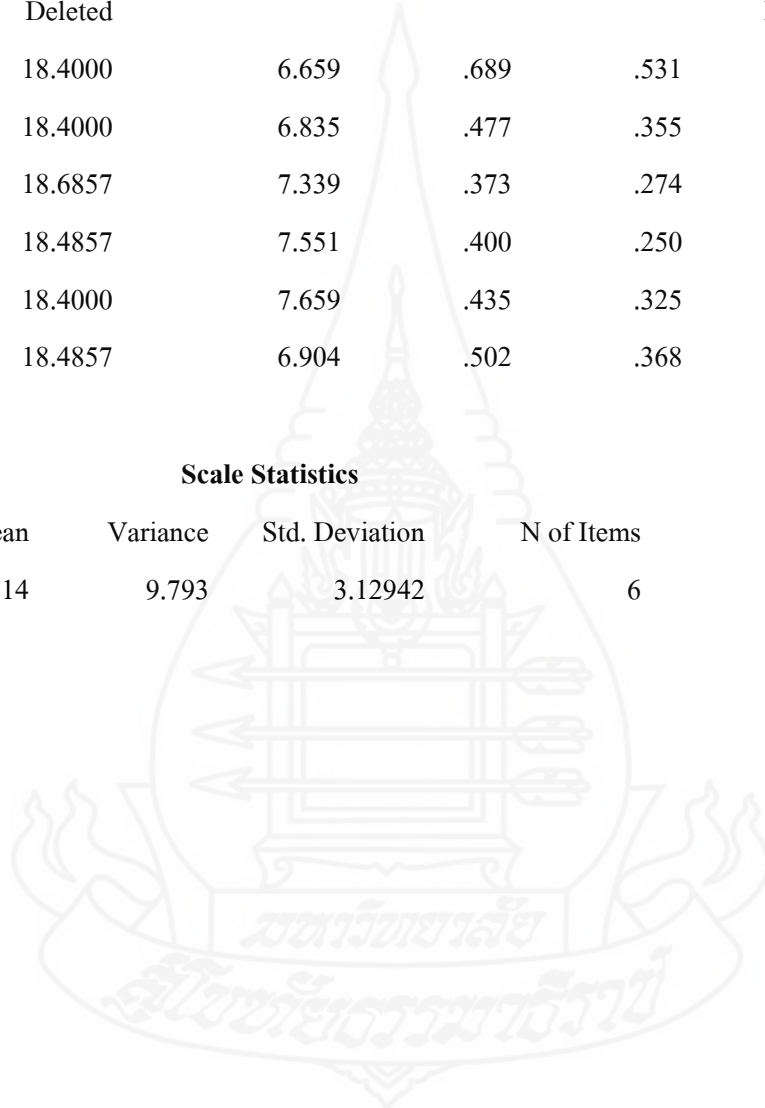
	QE1	QE2	QE3	QE4	QE5	QE6
QE1	1.000	.558	.466	.291	.477	.410
QE2	.558	1.000	.349	.287	.251	.181
QE3	.466	.349	1.000	.107	.094	.263
QE4	.291	.287	.107	1.000	.252	.445
QE5	.477	.251	.094	.252	1.000	.435
QE6	.410	.181	.263	.445	.435	1.000

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QE1	18.4000	6.659	.689	.531	.642
QE2	18.4000	6.835	.477	.355	.700
QE3	18.6857	7.339	.373	.274	.731
QE4	18.4857	7.551	.400	.250	.720
QE5	18.4000	7.659	.435	.325	.712
QE6	18.4857	6.904	.502	.368	.692

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
22.1714	9.793	3.12942	6





ภาคผนวก จ

คู่มือการจัดประชุมวิชาการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C



### คู่มือการจัดประชุมวิชาการโดยใช้กระบวนการ A-I-C

คู่มือการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการจัดทำขึ้นเพื่อให้วิทยากร และผู้ดำเนินการประชุมทราบถึง ขอบเขต เนื้อหาและวิธีดำเนินการของการประชุมวิชาการในแต่ละช่วงกิจกรรม ระยะเวลาในการจัดประชุมวิชาการ และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการประชุมวิชาการ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 1 ของการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ให้มีคุณภาพจะอย่างไรดี/ สร้างข้อตกลงร่วมกันในการประชุมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมามีในอดีต ทบทวนสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปัจจุบัน/เข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน (A1.1)

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในปัจจุบัน/นำเสนอให้เข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน (A1.2)

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง ภาพฝันในอนาคตเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี / เป้าหมายอนาคตที่ปรารถนา (A2.1)

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง กำหนดเป้าหมายในอนาคต ร่วมกันเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี / กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน (A2.2)

วันที่ 2 ของการประชุมการปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง มาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวชี้วัดสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข / ทบทวนวิสัยทัศน์ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในอนาคต / แนวทางวิสัยทัศน์ร่วมกัน (I1)

กิจกรรมที่ 10 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ วิเคราะห์ จำแนกและจัดลำดับแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (I2)

กิจกรรมที่ 11 กิจกรรมเลือกแนวทาง/กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่จะจัดทำ (C1)

กิจกรรมที่ 12 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย แบ่งตามรูปแบบความสนใจ เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (C2.1)

กิจกรรมที่ 13 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ นำเสนอแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (C2.2)

กิจกรรมที่ 14 กิจกรรมสรุปการประชุมสร้างข้อตกลงร่วมกัน /กิจกรรมอำลาประชุม ของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการ A-I-C

**ภาคผนวก ฉ**

แผนการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C



**แผนการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ A-I-C**  
**กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ**  
**ระยะเวลา 30 นาที**

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการและทีม วิทยากร พัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายของ ศูนย์วารินรักษ์ ได้ทำ ความรู้จักกัน 2. สร้างบรรยากาศ ให้ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการให้เกิดความ สนุกสนาน และ คุ้นเคยระหว่างกัน 3. ผู้เข้าร่วมการ ประชุมบอก วัตถุประสงค์และ ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับจากการประชุม ครั้งนี้	1. ผู้ดำเนินการประชุม และทีมวิทยากรแนะนำ ตัวต่อผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการ 2. ทำความรู้จักและสร้าง ความคุ้นเคยโดยการร้อง เพลงสามัคคีชุมนุม 3. ผู้นำการประชุม กล่าวถึงวัตถุประสงค์ และผลที่คาดว่าจะได้รับ จากการประชุมวิชาการ ครั้งนี้	-เพลง -สื่อคอมพิวเตอร์	-สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม



กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ เรื่องจะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ให้มีคุณภาพจะอย่างไรดี/ สร้างข้อตกลงร่วมกันในการ  
ประชุม

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและ อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วม ประชุมวิชาการ เชิงปฏิบัติการ สามารถบอกถึง พฤติกรรมที่พึง ประสงค์ของ สมาชิกภายใน กลุ่มขณะเข้า ประชุมได้	1. ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิง ปฏิบัติการแสดงบทบาทสมมติ โดยมี 10 คน แสดงบทบาทว่ากำลังประชุม วิชาการเพื่อหาข้อตกลงเรื่องการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ ให้มีคุณภาพอย่างไร โดยผู้แสดงทั้ง 10 คน มีบุคลิกลักษณะตามบทบาทที่ แสดงแตกต่างกัน ดังนี้ ไม่กล้าพูด ไม่สนใจนั่งหันหลัง พูดคุยดูถูก ความคิดของคนอื่น พูดขัดคนอื่น พูด สรุปประเด็นปัญหา	-เอกสารระบุ บทบาทของ ผู้แสดง สมมติ	1. การซักถาม และ การตอบคำถาม ของผู้เข้าร่วม ประชุม 2. ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็น ของผู้เข้าร่วม ประชุมเครือข่าย ศูนย์วารินรักษ์ 3. ผลงานของที่ ประชุมเครือข่าย ของศูนย์วารินรักษ์ ในการสร้าง ข้อตกลงในการ ประชุมร่วมกัน
2. ผู้เข้าร่วม ประชุมวิชาการ เชิงปฏิบัติการ สร้างข้อตกลงที่ ควรปฏิบัติร่วมกัน ในการประชุมวิ ชาการครั้งนี้	2. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิง ปฏิบัติการประชุมแสดงความคิดเห็น ว่าตนเองเหมือนนักแสดงท่านใด คน นี้ ดีหรือไม่อย่างไร 3. ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติ การร่วมกันสร้างข้อตกลงในการ ประชุมร่วมกัน เพื่อให้การประชุม ประสบผลสำเร็จลุล่วง		

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน  
เครือข่ายของศูนย์วารินทร์ โรงพยาบาลวารินทร์ จัหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมาในอดีต

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติการ ได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับประสบการณ์ ของตัวเองที่เกี่ยวข้อง กับรูปแบบการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายศูนย์ วารินทร์	1.ขอตัวแทนแต่ละกลุ่ม ย่อยบอกเล่าถึง ประสบการณ์ของตัวเองที่ เกี่ยวข้องกับรูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายของศูนย์ วารินทร์ 2.แจกใบงาน” ท่านได้ ประเด็นใดบ้างจากเรื่อง เล่านี้” 3.แจกบัตรคำ ให้เขียน เรื่องที่ได้รับทราบของแต่ละ คน คนละ 1 ข้อ 4.ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติการ สมาชิกกลุ่มรืบนำบัตรคำ มาติดบอร์ดของแต่ละ กลุ่มตัวเองช่วยกันสรุป และมีตัวแทนกลุ่ม นำเสนอ 5.วิทยากรกล่าวสรุป ประเด็นสำคัญทั้งหมด ของกิจกรรมนี้	1.กระดานบอร์ด 2.ปากเคมี 3.บัตรคำ 4.ปากกาเคมี 5.กาวรติคกระดาษ	1.ข้อเสนอแนะและ ความคิดเห็นของ ผู้เข้าร่วมประชุม 2.ข้อสรุปจากต่างๆ จากที่ประชุมวิชาการ ครั้งนี้

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง การรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย  
 เครื่องมือของศูนย์วรินรักษ์ โรงพยาบาลวรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในปัจจุบัน (A1.1)

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิง ปฏิบัติการร่วมกัน แสดงจินตนาการ ของตัวเองที่ เกี่ยวข้องกับรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย เครื่องมือของศูนย์ว รินรักษ์ในปัจจุบันได้	1. สมาชิกกลุ่มย่อยทุกคน แสดงการวาดภาพใน กระดาษจากมุมมองแนวคิด ของตัวเองเกี่ยวกับรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครื่องมือของศูนย์ว รินรักษ์ในปัจจุบัน 2. ให้สมาชิกของแต่ละคนเล่า ภาพจินตนาการของตัวเอง สมาชิกคนอื่นๆ ตั้งใจฟัง และสามารถสอบถามได้ แต่ จะไม่สามารถวิจารณ์ได้ 3. ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ ทุกคนนำภาพของตัวเองมา รวมกันบนกระดาษแผ่น ใหญ่ และช่วยกันเติมให้เป็น ภาพที่สมบูรณ์ที่สุด 4. วิทยากรพยายามกระตุ้นให้ ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิง ปฏิบัติการทุกคนวาดภาพ	1. 1. กระดาน บอร์ด 2. ปากเคมี 3. กระดาษ A4 4. ปากกาเคมี 5. กาวรติค กระดาษ 6. กาว	-สังเกตพฤติกรรมการ แสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการ

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง การรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย  
 เครือข่ายของศูนย์วรินรักษ์ โรงพยาบาลวรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในปัจจุบัน/ นำเสนอให้  
 เข้าใจสภาพการณ์ปัจจุบัน (A1.2)

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1.ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติการ แสดงจินตนาการของ แต่ละที่เกี่ยวกับ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์ว รินรักษ์ในปัจจุบันได้	1.ส่งตัวแทนสมาชิก กลุ่มย่อยในการ นำเสนอภาพ จินตนาการของกลุ่ม เกี่ยวกับรูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายของ ศูนย์วรินรักษ์ 2.ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการคนอื่นๆให้ ตั้งใจฟัง และสามารถ สอบถามได้ แต่จะไม่ สามารถวิจารณ์ได้ 3.วิทยากรกลุ่มกล่าว สรุปกิจกรรม	-	-สังเกตพฤติกรรม การ แสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง ภาพฝันในอนาคตเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
มะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี /  
เป้าหมายอนาคตที่ปรารถน (A2.1)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แสดงจินตนาการ ภาพความฝันของตัวเองที่ เกี่ยวข้องกับรูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายจึงศูนย์วา รินรักษ์ในอนาคต	1. สมาชิกกลุ่มย่อยทุก คนนั่งนึกจินตนาการ ถึงรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่ายของ ศูนย์วารินรักษ์ที่พึง ประสงค์ แล้วลองวาด ภาพต้นไม้ 2. สมาชิกของกลุ่มแต่ละ คนเล่ารายละเอียด ของภาพของตน สามารถสอบถามได้ แต่จะไม่สามารถ วิจารณ์ได้ 3. ให้ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติการ ทุกคนนำต้นไม้ของ ตนเองมารวมกันบน กระดาษแผ่นใหญ่ และช่วยกันเติมให้ เป็นภาพที่สมบูรณ์ 4. วิทยากร กระตุ้นให้ ผู้เข้าร่วมประชุมเชิง วิชาการทุกคนวาด ภาพที่กำหนดไว้	1. กระดาน บอร์ด 2. ปากเคมี 3. กระดาษ A4 4. ปากกาเคมี 5. กาวรีติดกระดาษ 6. กาว	- สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง กำหนดเป้าหมายในอนาคต ร่วมกันเกี่ยว  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ  
จังหวัดอุบลราชธานี / กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน (A2.2)

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและ อุปกรณ์	การประเมินผล
1.ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติ การทุกคนร่วมกัน สร้าง สร้างทิศทาง นำไปสู่อนาคต เกี่ยวกับรูปแบบ การดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะ ท้ายสุดเครือข่าย บริการศูนย์วาริน รักษ์ ร่วมกัน เกิด ความรู้สึกเป็น เจ้าของความ คิดเห็นร่วมกัน และมีการกำหนด วิสัยทัศน์ร่วมกัน	1.ตัวแทนของสมาชิกกลุ่มย่อยได้มี การนำเสนอมุมมองและจินตนาการ ของกลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของ ศูนย์วารินรักษ์ในปัจจุบัน 2.สมาชิกคนอื่นๆ สามารถสอบถามได้ แต่จะไม่สามารถวิจารณ์ได้ 3.วิทยากรสรุปรูปภาพ ภาพรวมของ แต่ละกลุ่มที่ได้วาด 4.วิทยากรนำรูปภาพของแต่ละกลุ่ม มาให้แต่ละกลุ่มพิจารณาเลือก 1 ภาพ เพื่อให้เป็นตัวแทนของมุมมองภาพ ในอนาคตของแต่ละกลุ่มที่ต้องการ 5.คัดเลือกตัวแทนมาช่วยกันเพิ่มเติม ภาพ และสมาชิกช่วยกันบอกความ ต้องการเพิ่มเติม ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการ รวบรวมของทุกกลุ่มให้เป็นภาพ เดียวกัน 6.วิทยากรกล่าวสรุปรูปภาพที่แต่ละ กลุ่มช่วยกันเพิ่มเติมขึ้นมา	1.กระดาน บอร์ด 2.ปากเคมี	-สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการ

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง มาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์รักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวชี้วัด  
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข / ทบพทวิสัยทัศน์ร่วมกัน

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-ผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ได้ทราบมาตรฐานระบบเครือข่ายส่งต่อตามตัวชี้วัดสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเชื่อมโยงแนวทางไปสู่วิสัยทัศน์ของส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินทร์รักษ์	1.วิทยากร บรรยาย เรื่อง มาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามตัวชี้วัดสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข -ด้าน โครงสร้าง -ด้าน ประสานงาน -ด้านการสนับสนุน -ด้านปฏิบัติงาน -ด้านการประเมินผล 2.วิทยากร ทบพทวิสัยทัศน์ร่วมกันและเปิดโอกาสผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการปรับปรุงเพิ่มเติม	-สื่อคอมพิวเตอร์	-สังเกตพฤติกรรมกและสอบถาม ของผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในอนาคต / แนวทางสู่วิสัยทัศน์ร่วมกัน (II)

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมสามารถบอกแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ไปสู่วิสัยทัศน์ร่วมได้	1.เล่นเกมสั นัด 1-10 เพื่อแบ่งกลุ่ม 2.วิทยากรทบทวนวิสัยทัศน์ร่วมกันและกล่าวถึงมาตรฐานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่าย 3.สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มเขียนแนวทางการพัฒนาไปสู่วิสัยทัศน์ร่วมกันตามประเด็นที่กำหนดในมาตรฐานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเครือข่าย 4.สมาชิกแต่ละคนนำเสนอแนวทาง ชี้แจง เหตุผล ความจำเป็น และประโยชน์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเครือข่ายส่งต่อ 5.รวบรวมข้อมูลข้อเสนอที่ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนเห็นพ้องต้องกันเป็นข้อเสนอของกลุ่มจัดเป็นหมวดหมู่	1.กระดานบอร์ด 2.ปากเคมี 3.กระดาษ A4	-สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการ



กิจกรรมที่ 10 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ วิเคราะห์ จำแนกและจัดลำดับแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (I2)

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-ผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้สามารถ วิเคราะห์ จำแนก จัดลำดับ ความสำคัญ เป็น แนวทางที่ของกลุ่ม สามารถทำได้เอง กิจกรรมที่ต้องการจากการสนับสนุนจาก เครือข่าย	1.ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อย นำเสนอแนวทางการ พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ 2.ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ ร่วมกันพิจารณา วิเคราะห์ จัดลำดับ จำแนก จัดลำดับความสำคัญเพื่อ เป็นแนวทางที่กลุ่มตัวเอง สามารถทำได้ กิจกรรมที่ต้องการการสนับสนุนจาก เครือข่ายศูนย์วารินรักษ์ 3.วิทยากรกล่าวสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์	1.กระดาน บอร์ด 2.ปากเคมี	-สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการ

กิจกรรมที่ 11 กิจกรรมเลือกแนวทาง/กิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่จะจัดทำ (C1)  
ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการเชิงปฏิบัติการ เลือกแนวทางการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย/ กิจกรรมที่จะ ดำเนินการได้	1.วิทยากรเขียนหัวข้อ แนวทางการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่าย 2.ผู้เข้าร่วมประชุม เครือข่าย ศูนย์วาริน รักษ์ลงชื่อสมัครใจร่วม จัดทำกรพัฒนา รูปแบบการดูแลคนไข้ มะเร็งระยะสุดท้ายตาม ความถนัดและความ สนใจของตนเอง 3.แบ่งกลุ่มจัดทำ แผนการพัฒนา รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายเครือข่าย ของศูนย์วารินรักษ์ แบบระบบส่งต่อ	1.กระดาน บอร์ด 2.ปากกาเคมี	-สังเกตพฤติกรรมกร แสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรมที่ 12 กิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย แบ่งตามรูปแบบความสนใจ เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (C2.1)

ระยะเวลา 150 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ เชิงปฏิบัติการสามารถ จัดทำแนวทางการพัฒนา ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย เครือข่าย ตาม ความสนใจของตัวเอง	1.แบ่งกลุ่มจัดทำ แนวทางการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อ ผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่าย ของศูนย์วารินรักษ์ 2.จัดทำแผนทางการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย	1.กระดาน บอร์ด 2.ปากกาเคมี	-สังเกตพฤติกรรม การ แสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม วิชาการ

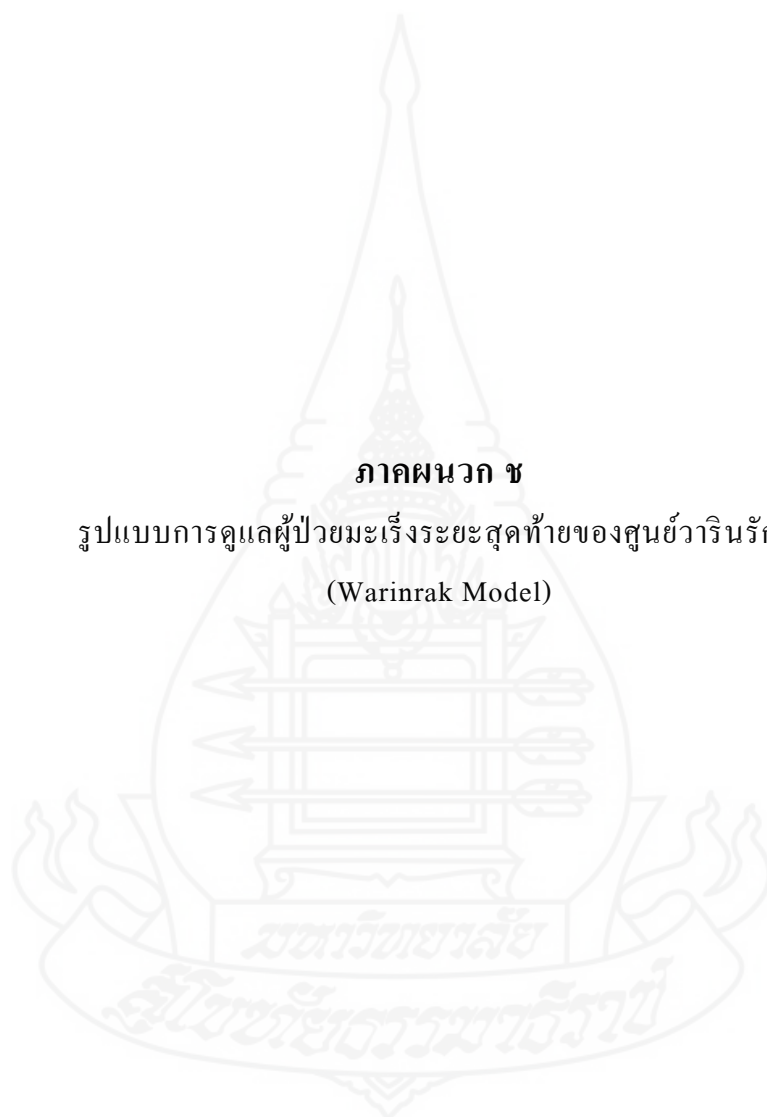
กิจกรรมที่ 13 กิจกรรมประชุมกลุ่มใหญ่ นำเสนอแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (C2.2)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ เชิงปฏิบัติการได้ทราบ และเข้าใจแนวทางการ พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครือข่ายของศูนย์วาริน รักษ์	1.ตัวแทนกลุ่ม นำเสนอพัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายเครือข่าย ของศูนย์วารินรักษ์ 2.ผู้เข้าร่วมประชุม อภิปรายเพิ่มเติม 3.วิทยากรกล่าวสรุป	1.กระดาน บอร์ด 2.ปากกาเคมี	-สังเกตพฤติกรรม การ แสดงออกของ ผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรมที่ 14 กิจกรรมสรุปการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการสร้างข้อตกลงร่วมกัน /  
กิจกรรมอำนวยการประชุมวิชาการ ของศูนย์วารินทร์รักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี  
ระยะเวลา 60 นาที

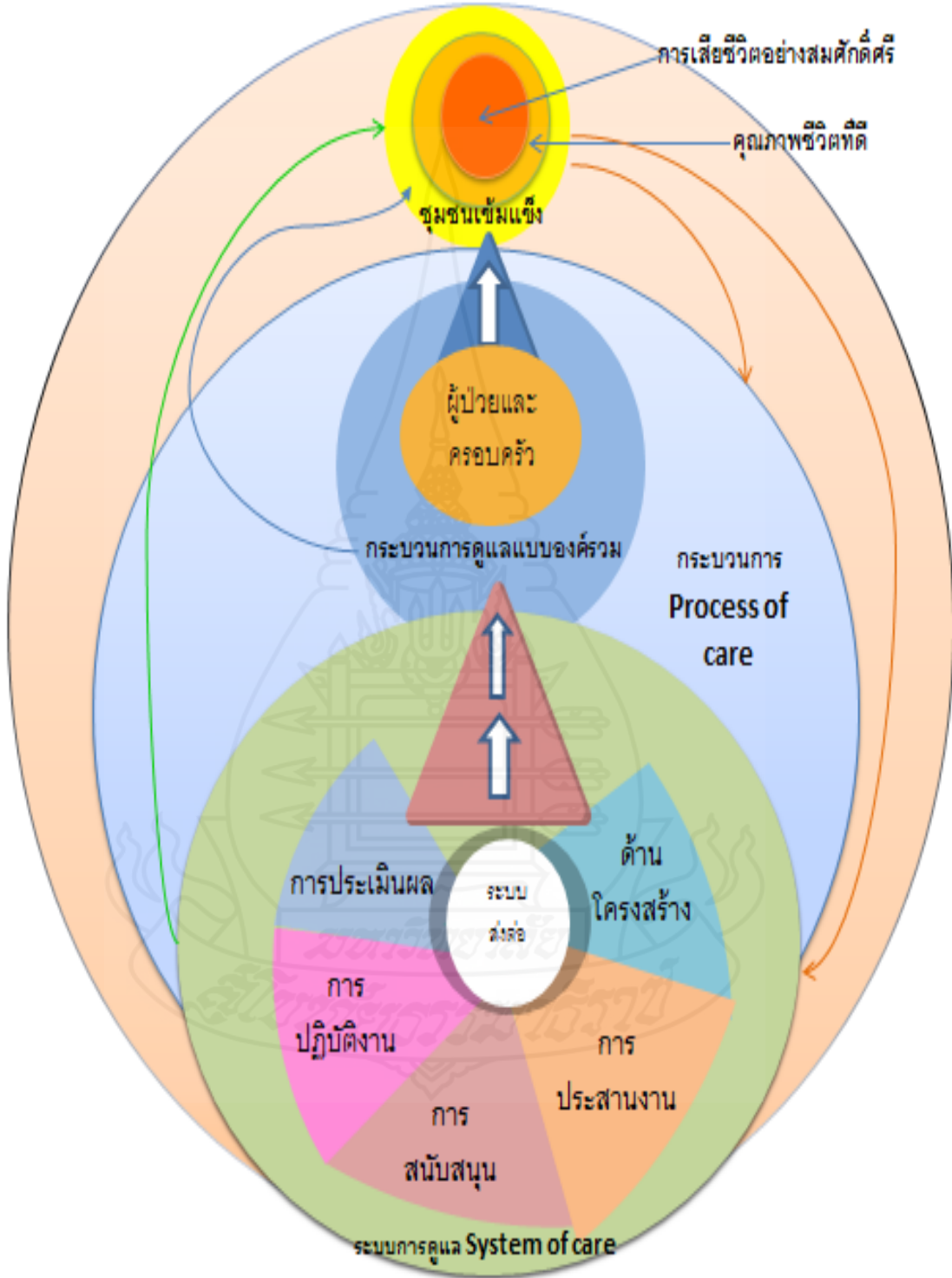
วัตถุประสงค์	เนื้อหา/ กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
-ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการมีข้อตกลงร่วมกันที่จะปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินทร์รักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ	1.วิทยากรกล่าวสรุปแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2.ที่ประชุมประกาศใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3.ร่วมกันร้องเพลงสามัคคีชุมนุม 4.ปิดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ	1.กระดาน บอร์ด 2.ปากกาเคมี	-สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ



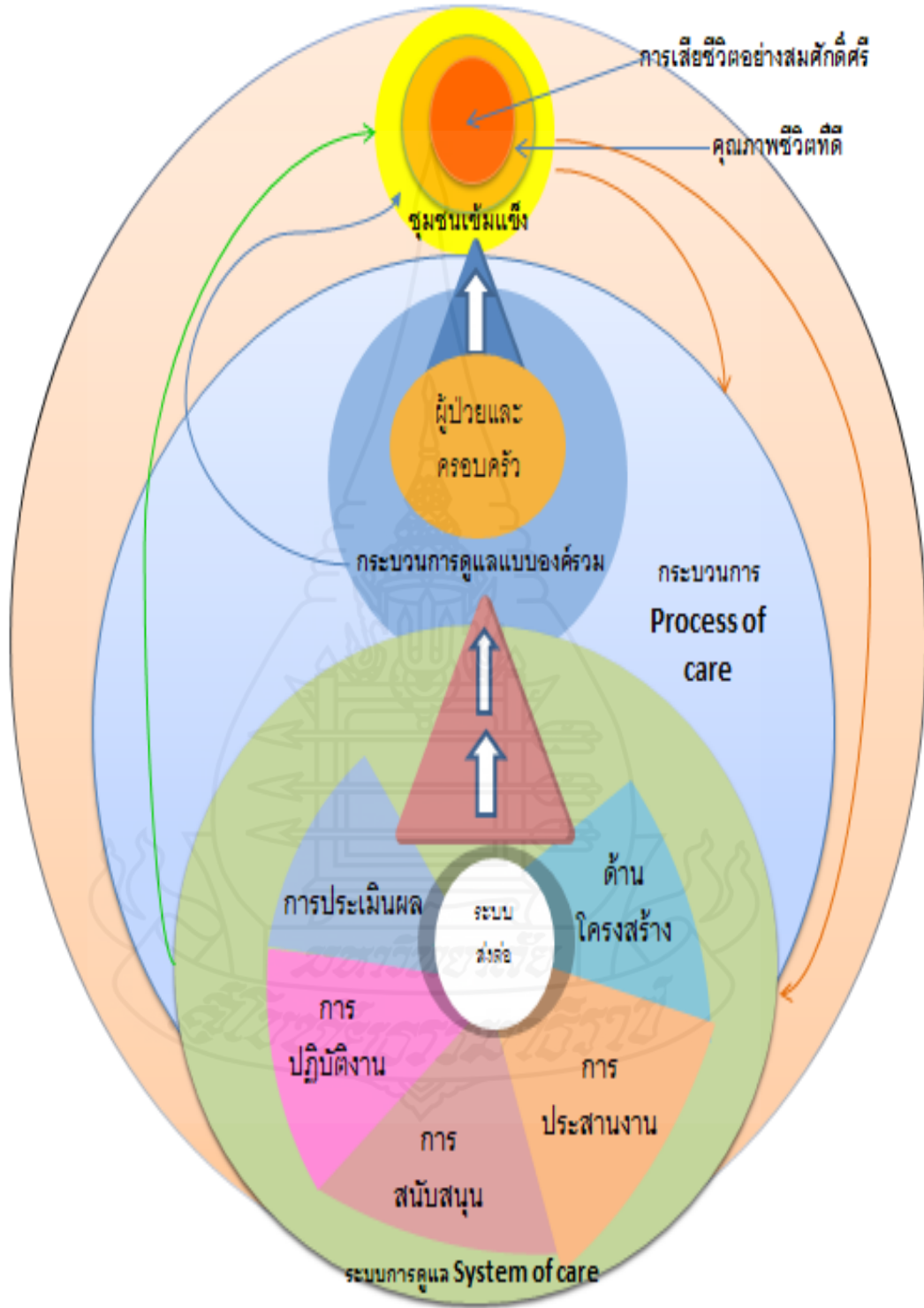
**ภาคผนวก ช**

**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินทร์รักษ์  
(Warinrak Model)**

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วรินทร์รักษ์ (Warinrak Model)



# รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารีรักษ์



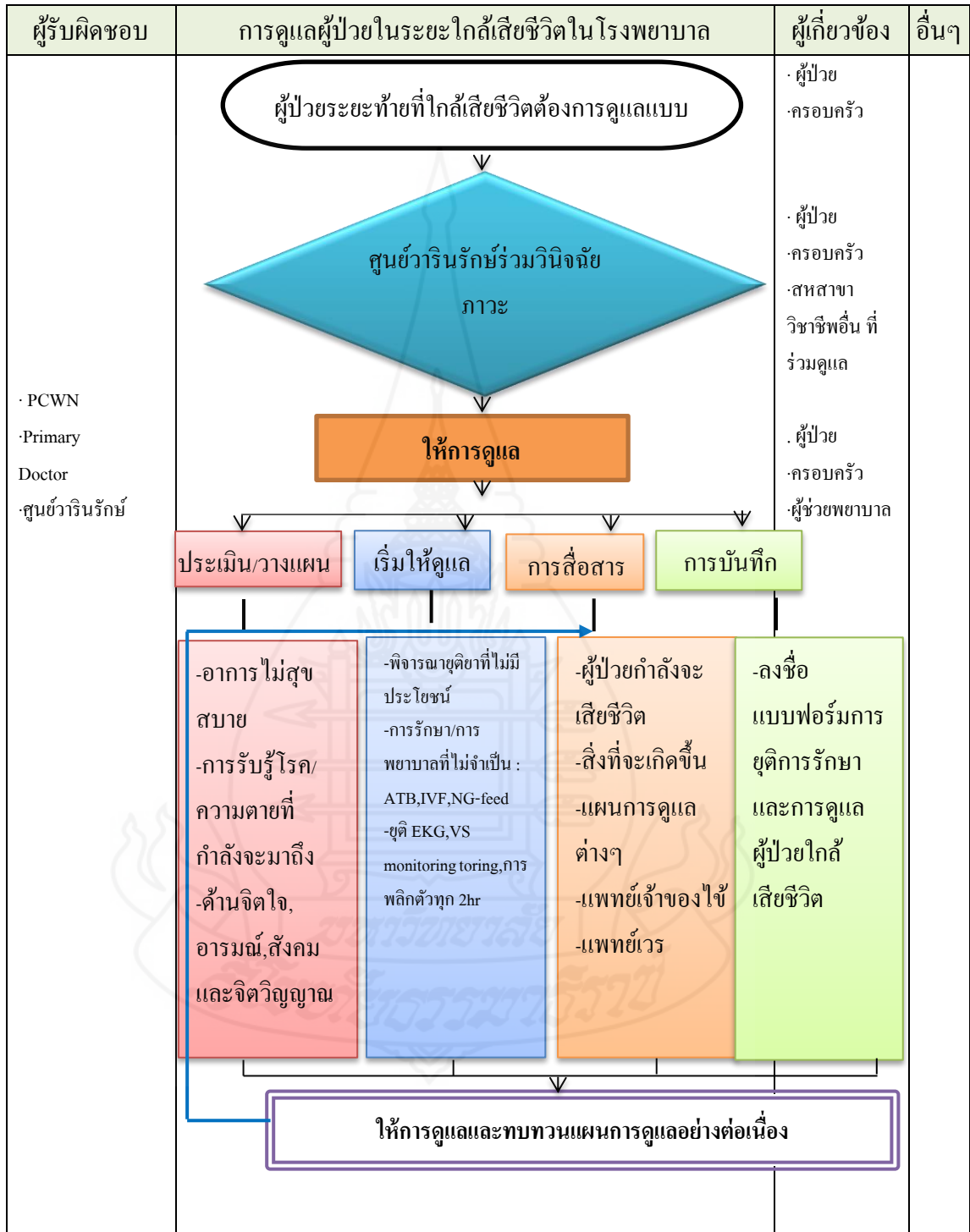


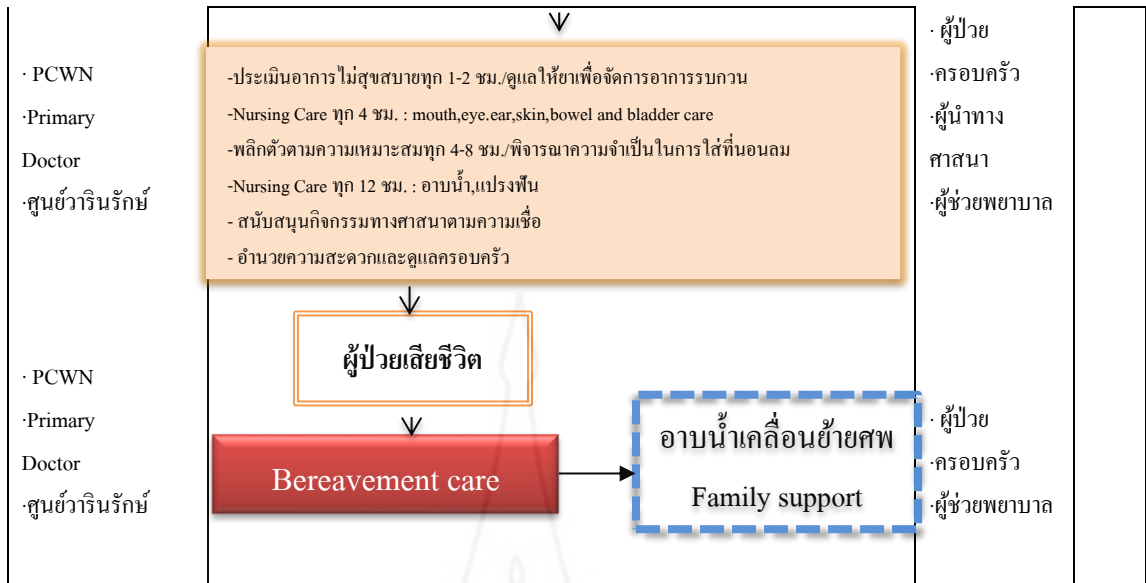
**ภาคผนวก ช**

แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์



การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในระยะใกล้เสียชีวิตใน ศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ





ที่มา: ศูนย์วารีรักษ์ โรงพยาบาลวารีรักษ์

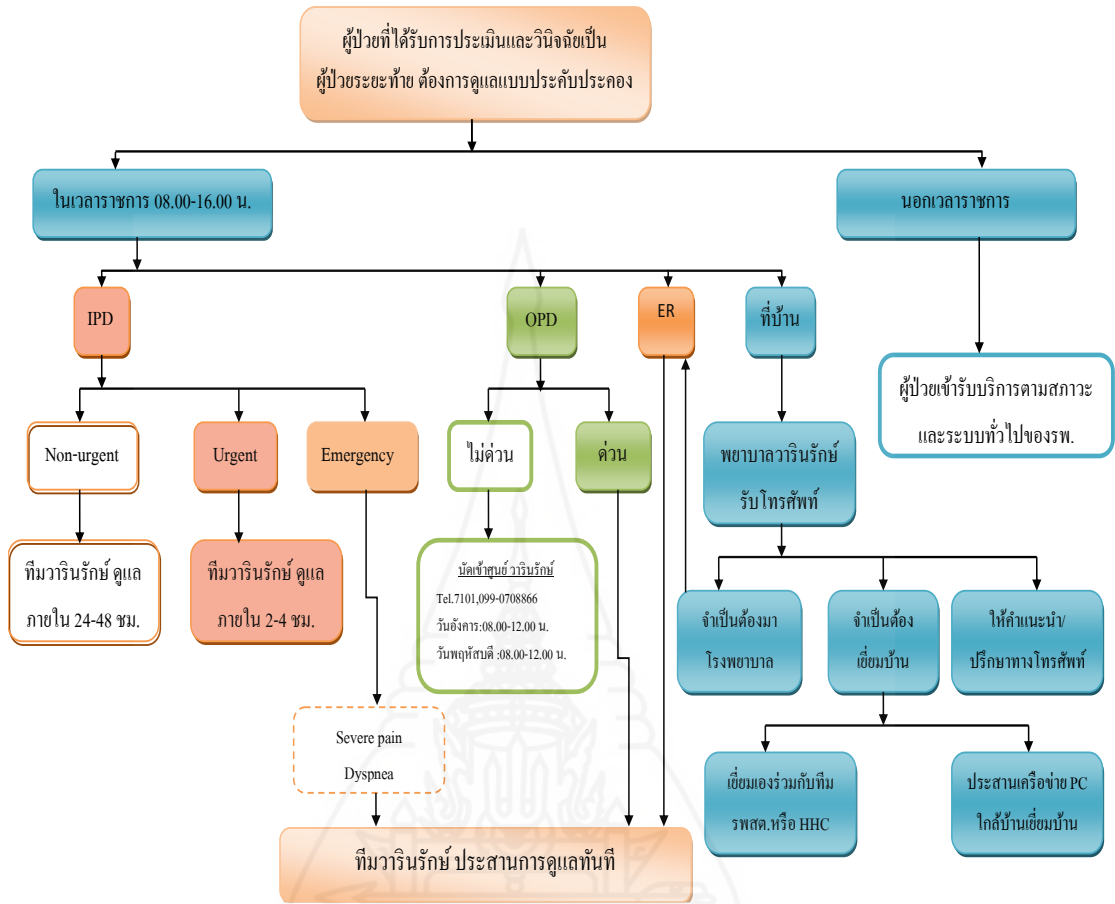




ภาคผนวก ฅ

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์วารินรักษ์

**Workflow การขอรับการปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยระดับประคองให้ศูนย์วารินรักษ์**



ที่มา: ศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ

ภาคผนวก ๓  
การพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย





โรงพยาบาลวารินชำราบ  
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเครือข่ายของศูนย์วารินรักษ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (Development Models of the Terminal Cancer Patient's Care at Warinrak center Network, Warin Chamrab Hospital, Ubon Ratchathani.)

ผู้วิจัยหลัก: นายแพทย์อานนท์ เอียดปราบ

สำหรับเอกสาร:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ version 2 ฉบับลงวันที่ 24 เมษายน 2562
2. โครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ version 2 ฉบับลงวันที่ 24 เมษายน 2562
3. ประวัติและความรู้ความชำนาญของผู้วิจัย version 1 ฉบับลงวันที่ 23 เมษายน 2562
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย version 1 ฉบับลงวันที่ 23 เมษายน 2562

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลวารินชำราบ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP)

ให้ไว้ ณ วันที่ 3 พฤษภาคม 2562

พ.อ.(พิเศษ)นพ.

(บรรจง สืบสังข์)

(นายสมชัย โชคพัฒนาพงศ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ

ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

ลำดับที่ 5 / 2562

เลขที่ : 01

วันหมดอายุ :02/05/2563

โรงพยาบาลวารินชำราบ 46 หมู่ที่ 6 ถนน วารินชำราบ-ศรีสะเกษ ต.คำน้ำแซบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทร. (045) 424-250 ถึง 53 โทรสาร (045) 424-250 ต่อ 5413

ภาพกิจกรรม







**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นายอนันต์ เอียดปราบ
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	4 เมษายน 2525
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง
<b>ประวัติการศึกษา</b>	แพทยศาสตรบัณฑิต Lyceum Northwestern University พ.ศ. 2553 การศึกษาระดับปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561
<b>สถานที่ทำงาน</b>	โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
<b>ตำแหน่ง</b>	นายแพทย์ชำนาญการ

