



รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก

A Model of Palliative Care Management for Patients with Advanced Cancers
at Wangchao Hospital in Tak Province

จิตติพร จตุพรพิพัฒน์*

Titiporn Jatupornpipat

บุญทิพย์ สิริธรรังศรี**

Boontip Siritarungsri

พิเชฐ บัญญัติ***

Phichet Banyati

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก สร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคอง และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโรงพยาบาลวังเจ้า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยยังพบว่ามีปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ และมีความต้องการพัฒนาทุกด้าน 2) รูปแบบสร้างขึ้นจากผลการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นรูปแบบที่ใช้บ้านผู้รับบริการเป็นฐาน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติ มีพยาบาลผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมบ้านผู้ป่วยให้เข้มแข็ง ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย มีการจัดการดูแลแบบองค์รวม เน้นการดูแลด้านจิตสังคมเชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้ มีความพึงพอใจในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตดี ด้านผู้ให้บริการมีสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้น พบว่าเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลวังเจ้าได้ สำหรับโรงพยาบาลอื่นที่ต้องการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ ควรสำรวจความต้องการและคาดหวังของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ตลอดจนครอบครัว ชุมชนและความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

คำสำคัญ : รูปแบบ / การจัดการดูแลแบบประคับประคอง / ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม / โรงพยาบาลวังเจ้า

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

ABSTRACT

The purposes of research and development were : to analyzed the situation and needs of palliative care management for patients with advanced cancers at Wangchao Hospital in Tak province, to develop a palliative care management model, and to evaluate the appropriateness of the developed model for advanced cancers patients. The research findings were as follows. 1) The situation of palliative care management for patients with advanced cancers at Wangchao Hospital in Tak province was at the medium level. Some problems in terms of structure, process, and outcome were found, and all aspects needed to be improved. 2) The patients' home care model was developed based on the analysis results of situations and needs for palliative care management of patients with advanced cancers. This model comprised 3 components: structure, process, and outcome. Structure: Clear policy must be specified. Standard guidelines must be established. Nurse - coordinators must be arranged. Village health volunteer participated in caring and promoting patients' home, so this model will be strong. Process: Holistic palliative care management which focusing on caring patients' mind and society must be organized and connected to every level of health care services. Outcome: Patients and their families could manage their care. They were satisfied in their life and quality of life. Health care providers had their competencies for palliative care management. 3) After implementation, the model was appropriate. If the developed model will be implemented in the other places, needs and expectations of health care providers, patients, families, the community, as well as the hospital contexts should be conducted.

Keywords : Model / Palliative Care Management / Patients with Advanced Cancers / Wangchao Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นมาโดยตลอด โดยมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง 2554 เท่ากับ 84.9, 87.6, 88.3, 91.2 และ 95.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งของประเทศไทยเกือบร้อยละ 80 เป็นผู้ที่โรคมะเร็งลุกลามไปมากและต้องการบริการสุขภาพที่เฉพาะ (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556, หน้า 12-13) ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกมักจะไม่ค่อยแสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะหลังที่ปรากฏอาการชัดเจนแล้ว เซลล์มะเร็งก็ได้ลุกลามและแพร่กระจายไปมาก หรือภายหลังการได้รับการรักษาที่เฉพาะไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา อาการของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอวัยวะที่โรคลุกลามไปถึง ก่อให้เกิดผลทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ร่างกายทุกระบบ อาการต่างๆ ที่รุมเร้าก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจนเสียชีวิต เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก กลืนอาหารลำบาก ท้องผูก หรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบย่อยอาหารผิดปกติ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นมะเร็งยังประสบกับความทุกข์ด้านจิตสังคม เศรษฐกิจและความเครียดด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้น เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ การที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมทั้งการเผชิญกับความตายที่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,780 บาท สำหรับปีสุดท้ายของชีวิตและวันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคน (สมัชชาสุขภาพ, 2557, หน้า 6-9) และในงบประมาณปี 2558 สำนักงบประมาณได้ตั้งงบประมาณสำหรับแผนงานพัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกระบบ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสุขภาพให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย ส่งเสริมการป้องกันโรคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งเป็นจำนวนงบประมาณถึง 267,396.1 ล้านบาท (สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2558, หน้า 81) จากการศึกษาของศรีรัตน์ มากมายและคนอื่นๆ (2556, หน้า 132-145) พบว่าผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องการมีผู้มารับฟังปัญหาและ ระบายความรู้สึก และจากการศึกษาคัดเนอร์และคนอื่นๆ (Kutner, J.S., et al, 1999, pp.1341-1352) พบว่า สิ่งที่เป็นมะเร็งกังวลมากที่สุดในภาวะใกล้ตาย มีดังนี้ 1) ความปวด ความทุกข์ทรมาน หรือกระบวนการตายที่ยาวนาน 2) ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยและการตายต่อครอบครัว 3) ภารกิจที่ยังไม่ได้รับการจัดการก่อนการตาย 4) กระบวนการหรือเหตุการณ์ของการตาย หากผู้ที่เป็นมะเร็งไม่สามารถเผชิญและยอมรับกับความตาย วาระสุดท้ายของบุคคลเหล่านี้จะเป็นวาระแห่งความเศร้าโศก ทุกข์ทรมานทั้งแก่ตัวผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัว (สถาพร สีสานันทกิจ, 2539, หน้า 51-58; สุจารี อมรกิจบำรุง, 2546, หน้า 51-58)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัวควรได้รับการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญต่อกฎหมายของความเป็นมนุษย์ (วิรัช วุฒิภูมิ และคนอื่นๆ, 2542, หน้า 21-25) การดูแลแบบนี้เรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, pp.83-85) ได้ให้คำจำกัดความว่า “เป็นการดูแลเพื่อบรรเทา มากกว่าการรักษาอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยใช้การตรวจพบแต่เนิ่นๆ การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว” อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ (สุชีรา เกตุคง และคนอื่นๆ, 2553, หน้า 219-234) พบว่าการปฏิบัติแตกต่างกันในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยในระยะลุกลามและการรักษา โดยผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวอาจได้รับรู้ข้อมูลตั้งแต่ในระยะแรกที่เข้ารับการรักษา แต่บางรายได้รับข้อมูลเมื่อภาวะเจ็บป่วยนั้นเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับความตายที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่งในอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตาก ซึ่งกล่าวว่า “จากประสบการณ์การทำงาน เวลาที่เราต้องไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรารู้สึกว่ามันยากมาก เราไม่มีความรู้ ขาดข้อมูลแผนการรักษา ขาดความมั่นใจ เราไม่มีทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” และจากบทสัมภาษณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอลำทะเมนชัย กล่าวว่า “เราไม่มั่นใจ เราไม่รู้จะพูดอย่างไร” (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, ม.ป.ป., หน้า 2-3) ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการจัดการดูแลที่เหมาะสม และมีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

จากสภาพปัญหาในการบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หากบุคลากรทีมสุขภาพมีการจัดการการดูแลที่เป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแล ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และครอบครัวได้อย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความทุกข์ทรมานจากการ

เจ็บป่วยระยะสุดท้าย การมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แบบประคับประคองมีความสำคัญต่อการสื่อความหมายทั้งระบบโครงสร้างการทำงาน ทำให้มองเห็นภาพรวมของระบบใหญ่ก่อให้เกิดความเข้าใจกระบวนการในการปฏิบัติ ใช้กำกับกระบวนการ ตรวจสอบงาน อีกทั้งสามารถควบคุมติดตามได้อย่างต่อเนื่องและมีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนา และที่สำคัญทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม เป็นองค์รวม และมีความเหมาะสมกับบริบทในด้านวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพและระดับของการบริการสุขภาพ ซึ่งทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคนอื่นๆ (2556, หน้า 80-90) ได้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านผู้ให้บริการความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 91

โรงพยาบาลวังเจ้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ (F3) ให้บริการได้เฉพาะผู้ป่วยนอก และยังไม่มียาผู้ป่วยในสำหรับพักค้างคืน ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จิตอาสา และรพ.สต.ในชุมชนพบว่าผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวที่รับผลกระทบจากความทุกข์ทรมานและมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, ม.ป.ป, หน้า 1-3) ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งของอำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก พบว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นโดยปี 2553 พบจำนวน 329 ราย ปี 2554 พบจำนวน 330 ราย และปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 343 ราย (โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก, 2556, หน้า 8)

ด้วยสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามดังกล่าวมานั้น จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยเฉพาะแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programs; module 5 (WHO, 2007, pp.1-39) และผนวกกับประยุกต์ตามแนวคิดของโดนาบีเดียล (Donabedian A., 2003, pp.275-287) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และนำผลการวิเคราะห์ มาเป็นฐานในการร่างและสร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ซึ่งรูปแบบที่สร้างขึ้นจะเป็นประโยชน์ในการจัดการการดูแลที่เป็นรูปธรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแล ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และครอบครัวได้อย่างครอบคลุม เป็นองค์รวม และมีความต่อเนื่องของการดูแล อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพและบริการพยาบาลที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการ การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์ฯ ได้แก่ ผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ทั้งหมด จำนวน 21 คน และผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้บริหาร 2 คน แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน เภสัชกร จำนวน 3 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน กลุ่มที่สองให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 5 คน และกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และผู้ดูแลหลักจำนวน 9 คน เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007, pp.1-39) ผนวกกับศึกษาหลักการแนวคิดของโดนาบีเดียโมเดล (Donabedian A., 2003, pp.275-287) มี 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 เป็นแบบสอบถาม และฉบับที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ฉบับที่ 3 เป็นประเด็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และ ผู้ดูแลหลัก เครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 0.97, 0.97, 0.94 ตามลำดับ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกสอบถาม และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากแบบสอบถามทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ โดยการตรวจสอบแบบสามเส้า และทำการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคอง

โดยการนำผลการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการฯ ในขั้นตอนที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนได้รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทครอบคลุมทั้งในด้านเนื้อหาทางวิชาการและข้อมูลที่ได้จากการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของ รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตากมีวิธีการศึกษาดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง สำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 10 คน ได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์ประกอบด้วย ผู้บริหาร และ กลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 9 คนและผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการและมีวุฒิการศึกษาปริญญาเอกจำนวน 1 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้แบบประเมินที่พัฒนามาจาก The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (The Agree Collaboration, 2001, pp.1-20) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) ด้านขอบเขตและเป้าหมายจำนวน 3 ข้อ 2) ด้านผู้มีส่วนได้เสียจำนวน 2 ข้อ 3) ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบจำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบจำนวน 2 ข้อ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้จำนวน 3 ข้อ 6) ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าว ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.91การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ เกณฑ์การประเมิน

คุณภาพของรูปแบบพิจารณาได้จากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติ > ร้อยละ 70 (ศากุล ช่างไม้, 2549, หน้า 18) จึงสรุปได้ว่ารูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้

สรุปผลการวิจัย

1. สภาพการณ์และความต้องการ การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก

ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า การดำเนินการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ในภาพรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ พบว่าในภาพรวมมีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.76$) หากพิจารณาเป็นรายด้านทุกด้านมีการจัดการในระดับปานกลาง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการดำเนินการสูงที่สุด คือ ด้านกระบวนการ ($\bar{x}=3.12$) รองลงมาคือ ด้านผลลัพธ์ ($\bar{x}=2.76$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านโครงสร้าง ($\bar{x}=2.61$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่ามีปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ สรุปผลมีดังนี้

1.1 ด้านโครงสร้างการจัดการดูแลแบบประคับประคอง

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ มีดังนี้ การกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการยังไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ ยังไม่มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองไปสู่ผู้ปฏิบัติโดยตรง มีเพียงการสื่อสารนโยบายทางอ้อมผ่านการจัดบริการด้านปฐมภูมิ มีผู้ประสานงาน ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไปยังผู้รับผิดชอบโดยตรง มีเพียงพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งรับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านทั้งหมดของผู้ป่วยทุกโรค แต่ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และแนวปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน ในการดูแลและการจัดการอาการสำคัญดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...ส่วนการสื่อสารนโยบายตอนนี้ยังไม่ได้สื่อสาร มันอยู่ในความคิดของผม แต่ผมสื่อสารในรูปของปฐมภูมิ ของ Home care มากกว่า เพราะตอนนี้เนื้องด้วยว่าภาระงานการจัดการบริการโรงพยาบาลค่อนข้างหนัก..(ผู้ให้บริการคนที่ 1)” บุคลากร/ทีมสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง บุคลากร/ทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่เพิ่งจบการศึกษามาใหม่และมีประสบการณ์น้อย อีกทั้งยังมีบุคลากรหลายระดับ ทำให้มีความรู้ ทักษะ และมีสมรรถนะที่แตกต่างกันในการดูแล ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่ต้องการให้มีการพัฒนาความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแล โดยรูปแบบการฝึกอบรมนั้นต้องการให้มีการฝึกปฏิบัติควบคู่กัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...ที่คิดว่าตัวเองยังไม่ค่อยมีความรู้เรื่องนี้เท่าไร ที่ผ่านมาก็ไม่ได้ผ่านการอบรมในเรื่องนี้..(ผู้ให้บริการคนที่ 2)” “...ไม่มั่นใจไม่รู้ว่าเราจะทำถูกไหม..(ผู้ให้บริการคนที่ 3)” เครื่องมือแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ ยังไม่เพียงพอที่จะจัดสรรให้ผู้ป่วย ยังมีจำนวนน้อย ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะจัดสรรให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านและจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ เวชภัณฑ์บางส่วนได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเบิกจ่ายเนื่องจากมีราคาแพง จึงทำให้ไม่เพียงพอในการบริหารจัดการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...เครื่องมือออกซิเจนมีปริมาณน้อย ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่มายืม..มิให้ยืมใช้แค่ 5 เครื่องเองค่ะ...ถ้าพวกถุงลมโป่งพองนี่ก็นาน 6 เดือน ฉะนั้นการหมุนเวียนแต่ละเครื่องก็จะช้า..(ผู้ให้บริการคนที่ 4)”

ความคิดเห็นของผู้รับบริการมีดังนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่มั่นใจในการดูแล และการรักษาทางการแพทย์ เนื่องจากสถานที่รองรับผู้ป่วยและบุคลากร ยังไม่เพียงพอดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...เห็นมีแต่หมอเด็กๆ หมออีกยังไม่เยอะ..ไปบางครั้งก็มีคนเดียววิ่งให้ฉีดยา..หมอเค้าก็ยังไม่ดูแล..คงไม่ค่อยชำนาญเท่าไร..(ผู้ป่วยรายที่ 4)”

1.2 ด้านกระบวนการจัดการดูแลแบบประคับประคอง

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ มีดังนี้ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกันในการดูแลและการจัดการอาการสำคัญ จึงทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติของแต่ละบุคคล ไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการประเมินและการจัดการอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเสนอว่าคงต้องทำเป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติ แยกเป็นปัญหาที่พบบ่อยและการจัดการอาการกลุ่ม pain, non pain รวมถึงเรื่องของแบบประเมินอาการต่างๆ ที่จะมาช่วยในการจัดการง่ายขึ้นและเอื้อต่อบุคลากร/ทีมสุขภาพ ในการดูแล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “.. ส่วนแนวปฏิบัตินี้ก็ยังไม่มีการมีของโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการเป็นเรื่องเป็นราวนะ ขึ้นอยู่กับแพทย์ที่รักษา..ตอนนี้ก็น่าจะยังไม่ได้เริ่มนะ.. (ผู้ให้บริการคนที่ 1)” บุคลากร/ทีมสุขภาพ ขาดการวางแผนร่วมกัน การประสานงาน การส่งต่อ และการสื่อสาร ยังไม่มีประสิทธิภาพ พบว่ายังไม่มีการบันทึกข้อมูลและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในพื้นที่ จึงไม่มีการนำข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมาวิเคราะห์หรือประเมินผล ทำให้การทำงานของบุคลากร/ทีมสุขภาพนั้น ขาดการวางแผนร่วมกันในกระบวนการดูแล และการจัดบริการทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง บุคลากรส่วนใหญ่ต้องการให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และลงในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยมีข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีมทราบเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันไปอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...ก่อนเยี่ยมไม่ได้คุยกันก่อน ก็จะไปคุยข้างหน้านั้นเลยว่าจะไปเยี่ยมเคสนี้ อะไรวะ...กลับมาก็คุยกันบนรถ 2-3 คน...(ผู้ให้บริการคนที่ 3)”

ความคิดเห็นของผู้รับบริการมีดังนี้ ผู้ให้บริการขาดการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงทำให้การดูแลยังไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...เค้าก็แนะนำเรื่องของกินว่าห้ามอะไร ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง..หมออนามัยเค้าก็ให้คำแนะนำเรื่องอาหารห้ามกินของหมักดอง อะไรประมาณนั้น แต่ปากก็รู้อยู่แล้วละ... (ผู้ป่วยรายที่ 1)” การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ยังขาดความต่อเนื่อง ที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมทั้งจากบุคลากร/ทีมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าในชุมชนนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ด้วยเหตุนี้จึงมีความต้องการให้บุคลากร/ทีมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ระดับความถี่นั้นตามระยะของมะเร็งป่วย โดยผู้ดูแลบางรายเสนอว่า คนในชุมชนที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน ก็สามารถเป็นที่เลี้ยงให้กับญาติหรือผู้ป่วยรายอื่นๆได้

1.3 ด้านผลลัพธ์การจัดการดูแลแบบประคับประคอง

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ มีดังนี้ การบริการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่เป็นที่พึงพอใจของบุคลากร/ทีมสุขภาพ พบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรส่วนใหญ่ มีความคาดหวังให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม และได้รับการประเมินภาวะต่างๆ และทีมสหสาขาวิชาชีพให้การช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย ญาติและชุมชนได้มีส่วนร่วมจัดการการดูแล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...จำนวนเคสที่มีตอนนี้ เท่าที่ผมทราบก็ยังไม่ได้มีการดูแลแบบ Palliative care ที่ดี อย่างที่ตั้งใจไว้...ตอนนี้น้องด้วยว่าภาระงานการจัดการบริการโรงพยาบาลค่อนข้างหนัก...(ผู้ให้บริการคนที่ 1)”

ความคิดเห็นของผู้รับบริการมีดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังได้รับการสนับสนุนเครื่องมือแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ยังไม่เพียงพอกับปัญหาและความต้องการ พบว่า ต้องการให้ทางโรงพยาบาลมีการสนับสนุนเครื่องมือแพทย์, ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ให้เพียงพอตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่เสนอว่าควรมีช่องทางในการเบิกจ่ายที่ง่ายและสะดวก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “...หมอเค้าก็แนะนำว่าต้องใช้เครื่องออกซิเจนช่วย แต่เคยถามที่โรงพยาบาลแล้วเค้าบอกว่าเครื่องไม่ว่าง เลยต้องไปเช่าของเอกชน เค้าคิดค่าเช่า 3,000 บาท/เดือน...(ผู้ป่วยรายที่ 5)”

2. รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก องค์ประกอบของรูปแบบเป็นรูปแบบที่ใช้บ้านผู้รับบริการเป็นฐาน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย

ด้านวัตถุดิบ

มาตรฐานการปฏิบัติ (Standards of Practice) มีการกำหนดคู่มือการปฏิบัติงาน/แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการจัดการอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหา ได้แก่ การจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เพื่อปรับเกณฑ์การปฏิบัติให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลวังเจ้า มีการควบคุมกำกับให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างจริงจัง และมีการทบทวนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล เครื่องมือ/อุปกรณ์ (Physical Resources) พัฒนาระบบสนับสนุนด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีการส่งเสริมและจัดหาเครื่องมือแพทย์ เวชภัณฑ์ และยา opioids ให้เหมาะสมและเพียงพอ

ด้านทรัพยากรบุคคล

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณภาพควรมีแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร/ทีมสุขภาพ อาทิ แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะการสื่อสาร การจัดการอาการ (symptom management) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) โดยรูปแบบในการฝึกอบรมนั้นควรเป็นแบบเชิงปฏิบัติการพยาบาลผู้ประสานงานได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วย ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จิตอาสา สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หมอสมุนไพรร ราษฎรชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

ด้านวิธีการทำงาน

องค์กร (Organization Resources) มีการกำหนดนโยบายด้านบริการที่เหมาะสม โดยการออกแบบบริการควรพิจารณาจากความสะดวกคล้อยตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการออกแบบบริการที่เชื่อมโยงและต่อเนื่องทุกระดับ ทั้งจากโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัวด้วยสัมพันธ์ที่ต่อกันทุกฝ่าย และเป็นบริการที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการดูแลได้อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน สิ่งแวดล้อม (Environmental Resources) มีนโยบายส่งเสริมบ้านของผู้ป่วยให้เป็น Home ward โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อความสุขด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

2.2 ด้านกระบวนการ มีการจัดการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว ดังนี้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ โดยพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้มีความครอบคลุมปัญหาและความต้องการอย่างเป็นองค์รวมและมีความต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยในการสื่อสารการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน ได้แก่แบบประเมินสภาพผู้ป่วย/ระดับการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินอาการต่างๆ แบบประเมินความต้องการในการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม,แผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม,แบบประเมินความปวด, แบบบันทึกการใช้ยาบรรเทาปวด opioids, แบบประเมินความพึงพอใจ,แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั้งนี้ปรับให้ง่ายและสะดวกต่อผู้ประเมิน มีการจัดการปวดและความทุกข์ทรมานอื่นๆ มีการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยเพื่อนำมาร่วม

วางแผนในการดูแล ได้แก่ จัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ลงข้อมูลในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร/ทีมสุขภาพให้บริการด้วยความใส่ใจ เข้าใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย

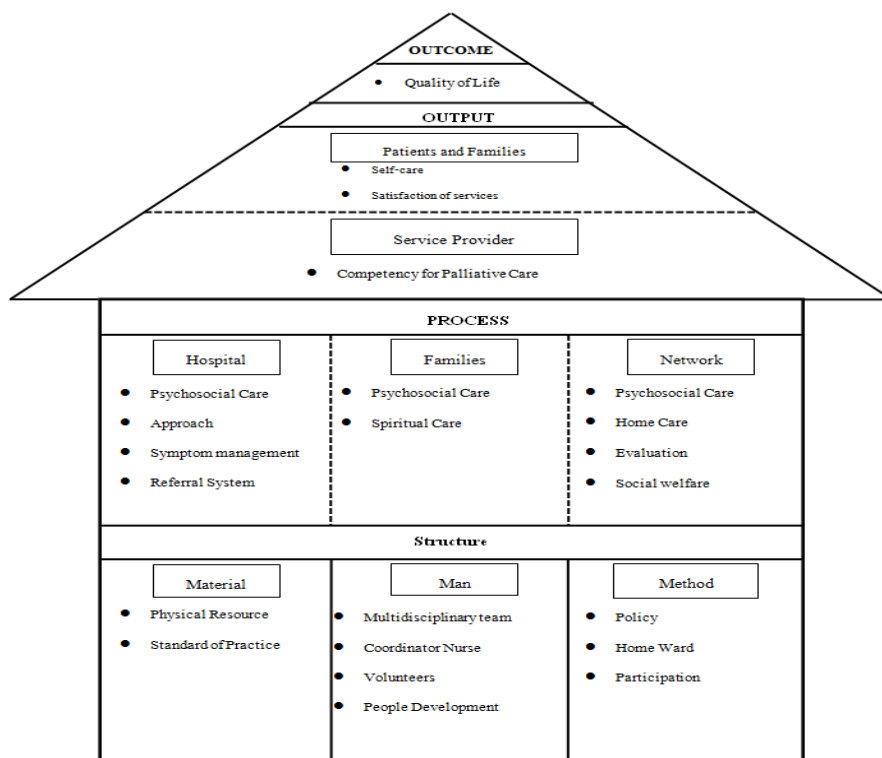
2. เครือข่ายในชุมชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), จิตอาสา, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัดการกับสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการส่งเสริมให้เกิดการประสานความร่วมมือขององค์กรต่างๆ ในชุมชน พร้อมการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดการมีการติดตามการดูแลและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลลัพธ์การดูแล โดยใช้แบบบันทึกและแบบประเมินต่างๆที่พัฒนาขึ้น โดยทั้ง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนมีการเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. ผู้ป่วย และครอบครัวมีการดูแลด้านจิตสังคม โดยมีเพื่อนบ้าน คนในชุมชน บุคคลในครอบครัว เข้ามาเยี่ยม พุดคุย ให้กำลังใจ มีการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยมีหมอสุนไพร ปราชญ์ชาวบ้านร่วมดูแลแบบผสมผสาน รวมถึงการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา

2.3 ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย

1. ด้านผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตดี สามารถจัดการดูแลตนเองได้คือการสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจปัญหาและข้อจำกัดของตนรวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ สำหรับส่วนที่เป็นปัญหาคควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่องจากบุคลากร/ทีมสุขภาพและมีความพึงพอใจในบริการ โดยได้รับการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ได้รับการบริการที่มีความเชื่อมโยงกันทุกระดับจากโรงพยาบาล ชุมชน บ้านผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิในการเลือกวิธีบำบัดรักษาผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล

2. ด้านผู้ให้บริการมีสมรรถนะในการให้การดูแลแบบประคับประคองโดยบุคลากร/ทีมสุขภาพที่ให้บริการทุกระดับควรมีความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพได้แก่ ความรู้ทางคลินิก การประเมิน การเสริมพลังการจัดการดูแลตนเอง การสื่อสาร และการถ่ายทอดความรู้ ที่สำคัญควรมีทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและทำให้บุคลากร/ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในงานสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก

3. ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนามาจาก The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation ผลการประเมิน พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลวังเจ้ามีความเหมาะสม โดยผลการประเมินแต่ละมิติคะแนนคิดเป็นร้อยละได้ดังนี้ ด้านขอบเขตและเป้าหมาย ร้อยละ 96.29 ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 99.21 ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 97.26 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ ร้อยละ 88.09 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ร้อยละ 88.43 ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ ร้อยละ 90.48 รวมคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 91.96

ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตากจำแนกตามกลุ่มผู้ประเมิน

มิติการประเมิน	กลุ่มผู้ประเมิน			
	ผู้ให้บริการ สหสาขา วิชาชีพ	ผู้บริหาร	ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านวิชาการ	คะแนน ประเมิน โดยรวม
1. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	88.88	100	100	96.29
2. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	97.62	100	100	99.21
3. ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	92.86	100	100	97.26
4. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	80.95	83.33	100	88.09
5. ด้านการนำรูปแบบไปใช้	88.89	88.89	87.50	88.43
6. ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ	88.10	100	83.33	90.48
คะแนนประเมินโดยรวม	89.55	95.37	95.14	91.96

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตากที่สร้างขึ้น เป็นรูปแบบการดูแลสำหรับโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ (F3) ให้บริการได้เฉพาะผู้ป่วยนอก และยังไม่มียาผู้ป่วยในสำหรับพักค้างคืน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการ รูปแบบจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลวังเจ้า ร่วมกับหลักการแนวคิดที่มาปรับใช้ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์นั้น ได้สะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลที่มีคุณภาพ โดยรูปแบบที่ได้เป็นในลักษณะ Home Palliative Care Model ใช้บ้านผู้รับบริการเป็นฐาน ในรูปแบบจะสังเกตพบว่าการสร้างบ้านจะสร้างจากฐาน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโดนาบีเดียลโมเดล โดนาบีเดียลโมเดล (Donabedian, A., 2003, pp. 275-287) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) โครงสร้างการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ทรัพยากรบุคคล รูปแบบวิธีการทำงาน ในที่นี้ไม่ได้กล่าวถึงการเงินการคลัง เนื่องจากโรงพยาบาลวังเจ้าไม่พบปัญหาด้านการเงินการคลังในการจัดบริการ 2) กระบวนการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยกระบวนการจัดการดูแลของทางโรงพยาบาล, ครอบครัวผู้ป่วย, เครือข่ายในชุมชน 3) ผลลัพธ์การจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย ด้านผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยทั้ง 3 องค์ประกอบนั้น จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการดูแลที่ดีแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่ว่า “...เราเป็นโรงพยาบาลไม่มีเตียง..ใช้เตียงผู้ป่วยที่บ้านเป็น Home ward แต่ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์จากทีมสหสาขาวิชาชีพ แล้วรวมทีมเครือข่ายในการดูแล ถึงแม้เป็นนโยบายแต่เราก็ให้ความสำคัญอยู่แล้ว...(ให้บริการคนที่ 1)” “...อยากเห็นชุมชนได้มีส่วนร่วมจัดการในส่วนที่เค้าเกี่ยวข้องในส่วนที่คนไข้ต้องการ...(ให้บริการคนที่ 1)” สอดคล้องกับคำกล่าวของผู้รับบริการให้ข้อมูลที่ว่า “...ขอดูแลอยู่ที่บ้านนี้แหละเพราะมีลูกมีหลาน มีเพื่อนบ้านมีคนอยู่รอบข้างเยอะแยะ อบอุ่นกว่าอยู่ที่โรงพยาบาล จะทำอะไรก็ได้ทำ...(ผู้ป่วยรายที่ 4 และ 5)” “...ผู้ป่วยเองก็อยากที่จะอยู่บ้านเราเป็นคนบ้านนอก คนแก่ส่วนใหญ่ก็จะติดบ้าน

..คนในหมู่บ้านก็จะมาช่วยกัน มาเยี่ยม มาแวะพูดคุย ลูกหลานก็อยู่ในละแวกเดียวกัน เวลาเมื่อไรที่ตะโกนเรียกกันได้....(ผู้ดูแลคนที่ 1)”

ดังนั้นรูปแบบที่ได้จึงมุ่งไปเพื่อสนับสนุน Home (บ้านผู้รับบริการ) มีทีมในการดูแล ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่ว่า“...ที่อยากให้เป็นคือ การมีส่วนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้..น่าจะทำได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องค่ะ...(ผู้ให้บริการคนที่ 5)” สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลชุมชนสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง community-Based Palliative Care ที่บูรณาการโดยใช้การดูแลที่มีแกนการดูแลหลักอยู่ที่บ้าน (Kamal, A.H., et al, 2013, pp.254-264) รวมถึงนโยบายเชิงโครงสร้างการพัฒนาบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ก็จะต้องมีสนับสนุนทั้งตัวเอง และเครือข่ายให้เพียงพอซึ่งในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยอาจเลือกเสียชีวิตที่บ้าน การดูแลที่บ้านจะได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี มีความหลากหลายในรูปแบบการจัดบริการนอกจากนี้ยังยังเป็นโอกาสที่ดีที่จะเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีทักษะการดูแลตนเอง และยังมุ่งเน้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถมีเวลาได้พักมากขึ้น (WHO, 2007, pp.1-39) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชลกร ทรงศรี, 2557, หน้า 155-162) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเม่นนารถ เมืองอุดรธานีโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่พบว่าครอบครัวและชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Mok, E., et al, 2003, pp.267-275) ที่ได้ศึกษากระบวนการ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ภายใต้บริบทของการได้รับการบริการจากระบบบริการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย พบว่าบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลและผู้ที่มีส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย และการตายที่ดีของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลมาก บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ในการพัฒนากลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจของผู้ดูแล ตลอดกระบวนการดูแลและการปรับตัวหลังการสูญเสียผู้ที่เจ็บป่วยด้วย

นอกจากนี้รูปแบบดังกล่าว ยังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555, หน้า 8-16) ที่กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในการที่บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพจะต้องได้รับการพัฒนาวิธีในการทำงานในรูปแบบของ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในทุกครอบครัวทุกกลุ่มวัย ทั้งในสถานบริการ ที่บ้าน โดยสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และครอบครัวตลอดระยะเวลา โดยการสนับสนุนของแพทย์ในหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น และเป็นไปตามมาตรการหลักในการทำงานแบบบูรณาการ ของระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการสร้างความรัก ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ ประจวบเป็นเพื่อนหรือญาติของประชาชนทุกคนในครอบครัว และบุคลากรส่วนใหญ่มองว่าเหมาะสมจะนำไปใช้ จึงเป็นไปได้ว่าโดยสรุปแล้วรูปแบบที่นำเสนอดังกล่าวจึงเป็นรูปแบบที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ลูกหลาน โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตากพบว่า รูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้นั้น สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการพัฒนารูปแบบใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนั้น โอกาสที่รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการและบริบทของโรงพยาบาลจึงมีสูง ซึ่งสอดคล้องกับ (สุตใจ ตั้งประดิษฐ์, 2553, หน้า 92-93) ที่เสนอแนะว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลนั้น ควรผ่านการมีส่วนร่วมและการเห็นชอบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทีมผู้บริหาร และทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้รูปแบบที่สร้างขึ้นยังมี

ความสอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ขององค์กร คือ “เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ภาควิชามีส่วนร่วมสร้างชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง” (โรงพยาบาลวังเจ้า, 2557, หน้า 6) ดังนั้น โอกาสที่ทุกฝ่ายจะยอมรับ และร่วมผลักดันรูปแบบให้นำไปใช้ต่อไปก็ย่อมมีมาก และมีความยั่งยืนมากกว่า

ข้อจำกัดในการวิจัย

บริบทโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก เพิ่งเปิดให้บริการ เมื่อ 1 ตุลาคม 2557 เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ทุติยภูมิระดับ F3) ให้บริการได้เฉพาะผู้ป่วยนอก และยังไม่มียาผู้ป่วยในสำหรับพักค้างคืนจึงทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะกลางแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป อีกทั้งยังเพิ่งเปิดให้บริการ ทำให้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ยังมีน้อย จึงอาจได้ข้อมูลที่ไม่ลึกถึงเท่าที่ควร พื้นที่และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยนั้น ไม่พบผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยระยะเรื้อรังเด็กจึงอาจได้ข้อมูลไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยระยะเรื้อรังในเด็ก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะกลาง โรงพยาบาลวังเจ้าที่สร้างขึ้นต่อผู้บริหารเพื่อนำไปใช้จริง
2. ฝ่ายพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลวังเจ้าต้องพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคลากร/ทีมสุขภาพเครือข่ายของโรงพยาบาล
3. การนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะกลางแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นในงานวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการและข้อจำกัดของบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะกลาง โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ไปใช้ในการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงรูปแบบและขยายผลในวงกว้างต่อไป
2. ควรนำกระบวนการในการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะกลาง โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programmes (พ.ศ. 2556-2560). กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชลการ ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่อนันต์ เมืองอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(3), 155-162.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคนอื่นๆ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 80-90.
- บริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สำนัก. (2555). เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพส่วนภูมิภาค วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพฯ : สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. (ม.ป.ป.). เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ Palliative Care : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยากหรือง่าย ทำได้จริงหรือไม่. ตาก : ม.ป.ท.

- วิรัช วุฒิมณี, เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธ. (2542). Palliative care วิธีแห่งคลายทุกข์. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (บก.). **Palliative care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งคลายทุกข์.** (หน้า 1-5). กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- วังเจ้า, โรงพยาบาล. (2557). **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan).** ตาก : โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก.
- ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริขยานุกูล และธราณี สิริขยานุกูล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล : กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. **วารสารโรคมะเร็ง, 33(4), 132-45.**
- ศากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล. **วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 12(1), 15-24.**
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2539). Palliative care. **วารสารโรคมะเร็ง, 22(2), 51-58.**
- สมัชชาสุขภาพ. (2556). **แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559.** [Online]. Available : http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/annex_gooddeath_17_Dec_final.pdf. [2558, ธันวาคม 8].
- สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก, โรงพยาบาล. (2556). **ผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปิดรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2556.** ตาก : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.
- สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2558). **งบประมาณ โดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558.** กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977).
- สุจาริ อมรกิจบำรุง. (2546). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.** ขอนแก่น : ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชีรา เกตุคง และคนอื่นๆ. (2553). ประสบการณ์การเผชิญอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14(3), 219-234.**
- สุดใจ ตั้งประดิษฐ์. (2553). **การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Donabedian, A. (2003). **An introduction to quality assurance in health care.** New York : Oxford University Press.
- Kamal, A.H., et al. (2013). Community-Based Palliative Care : The Natural Evolution for Palliative Care Delivery in the U.S. **Journal of pain and symptom Management, 46(2), 254-264.**
- Kutner, J.S., et al. (1999). Information needs in terminal illness. **Soc Sci Med, 48,1341-52.**
- Mok, E., et al. (2003). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. **Cancer Nursing, 26(4), 267-275.**
- The Agree Collaboration. (2001). **Agree Instrument : Appraisal of Guidelines Research & Evaluation.** London : CA Group.

World Health Organization. (2002). **National cancer control programs : policies and managerial guidelines**. (2 nd ed). Geneva : World Health Organization.

World Health Organization. (2007). **Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes**. Geneva : World Health Organization.

The background of the page features a series of concentric circles in various shades of gray, creating a ripple effect. Overlaid on these circles are several diagonal lines, also in gray, which intersect to form a grid-like pattern. The overall effect is a modern, abstract design.

คำแนะนำ สำหรับผู้ส่งบทความ

คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความ

สักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

วารสารสักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรมีวัตถุประสงค์เพื่อตีพิมพ์ผลงานวิจัย ผลงานสร้างสรรค์ และผลงานวิชาการ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้แก่ การศึกษา รัฐประศาสนศาสตร์ การพัฒนาชุมชน เศรษฐศาสตร์ นิติศาสตร์ บริหารธุรกิจ การท่องเที่ยว นิเทศศาสตร์ และวัฒนธรรมเผยแพร่แก่นักวิชาการ และ บุคคลทั่วไป ปีละ 3 ฉบับ บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารจะต้องผ่านการตรวจพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ หากมีความเห็นว่าจะต้องมีการปรับแก้ไขทางกองบรรณาธิการจะส่งคืนเพื่อแก้ไขและขอสงวนสิทธิ์การพิจารณาไม่ลงพิมพ์เมื่อไม่ผ่านการพิจารณา ผู้ที่มีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตามข้อแนะนำ ดังต่อไปนี้

การส่งต้นฉบับและการพิมพ์บทความ

หลักเกณฑ์การส่งต้นฉบับและการพิมพ์บทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ตามรูปแบบและข้อแนะนำในการเขียนบทความของวารสารนี้
2. ต้นฉบับที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และจะต้องไม่ส่งตีพิมพ์ซ้ำซ้อนในวารสารหลายฉบับในเวลาเดียวกัน
3. การตีพิมพ์บทความลงในวารสาร จะพิจารณาการตอบรับการลงตีพิมพ์เมื่อบทความผ่านตามขั้นตอนการปฏิบัติงานของวารสาร
4. กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่องรวมทั้งการปรับปรุงบทความบางส่วนตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้อ่านบทความ
5. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสาร ถือว่าเป็นผลงานวิจัย ผลงานสร้างสรรค์ และผลงานวิชาการของผู้เขียนไม่ใช่ความคิดเห็นของกองบรรณาธิการ ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน
6. บทความที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับเอกสารพร้อมไฟล์ข้อมูลมาที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tgt> และสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ สถาบันวิจัยและพัฒนา อาคาร 1 ชั้น 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000 ติดต่อสอบถามได้ที่นายทวิช ปิ่นวิเศษ โทรศัพท์ 08 4593 9223, 0 5570 6555 ต่อ 1760

รูปแบบการพิมพ์บทความ

1. ให้พิมพ์ลงบนกระดาษ ตั้งค่ากระดาษเป็น B5 (JIS) โดยจำนวนหน้าของเนื้อหาและเอกสารอ้างอิงรวมทั้งสิ้นไม่เกิน 15 หน้า ใช้รูปแบบของ Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK และแต่ละหน้าไม่เกิน 30 บรรทัด

2. ข้อปฏิบัติการพิมพ์แต่ละหัวข้อ/ส่วนประกอบ

ที่	ส่วนประกอบ	คำอธิบาย
1	ชื่อเรื่อง/บทความ	ระบุชื่อบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 16 พอยท์ชนิดหนา ว่างกึ่งกลางหน้ากระดาษ
2	ชื่อผู้เขียนบทความ	ระบุชื่อผู้วิจัยผู้ร่วมวิจัย (ถ้ามี) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 พอยท์ชนิดหนา ว่างกึ่งกลางหน้ากระดาษ
3	สังกัดผู้เขียนบทความ	ถ้าเป็นนักศึกษา ให้ระบุวุฒิการศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา และชื่อสถาบันการศึกษา ถ้าไม่ใช่ นักศึกษา ให้ระบุวุฒิการศึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ และชื่อหน่วยงานที่สังกัด (ถ้ามี) ขนาดตัวอักษร 12 พอยท์ ชนิดธรรมดา ว่างที่เชิงอรรถท้ายหน้า
4	บทคัดย่อ (Abstract)	บทคัดย่อบทความวิจัย บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 10 บรรทัด และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำเขียนโดยสรุปซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย บทคัดย่อบทความวิชาการ บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 10 บรรทัดและบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำเขียนโดยสรุปสาระสำคัญจากเนื้อหา
5	คำสำคัญ (Keywords)	ระบุคำสำคัญ 2-5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
6	เนื้อหา (Content)	บทความวิจัย หัวข้อที่เสนอในเนื้อหา ประกอบด้วย 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Statement of the Problem) 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives) 3. สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Research Hypothesis) 4. วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) (ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย (Research Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample) หรือแหล่งข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล (Source of Data / Informant) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instrument / Tool) และการหาคุณภาพ (Quality Testing) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) โดยเขียนแยกหัวข้อ) 5. สรุปผลการวิจัย (Conclusion) (ระบุผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ โดยสรุปซึ่งอาจมีตารางหรือภาพประกอบ)

(ต่อ)

ที่	ส่วนประกอบ	คำอธิบาย
		6. อภิปรายผลการวิจัย (Discussion) (ระบุประเด็นที่เป็นผลการวิจัยที่สำคัญในแต่ละวัตถุประสงค์ และอภิปรายโดยมีการอ้างอิงทฤษฎีหรืองานวิจัย) 7. ข้อเสนอแนะ (Suggestion) (ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปโดยนำเสนอแยกหัวข้อ) หัวข้อเนื้อหาทั้ง 7 หัวข้อ ไม่ต้องระบุหมายเลข ใช้ขนาดตัวอักษร 14 พอยท์ ชนิดหนา ส่วนรายละเอียดเนื้อหาใช้ขนาดตัวอักษร 14 พอยท์ ชนิดธรรมดา บทความวิชาการ หัวข้อที่เสนอในเนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) และสรุป (Conclusion) ใช้ขนาดตัวอักษร 14 พอยท์ ชนิดหนา ส่วนรายละเอียดเนื้อหาใช้ขนาดตัวอักษร 14 พอยท์ ชนิดธรรมดา
7	ตาราง (ถ้ามี)	ใช้ตารางแบบเส้นคู่ เปิด-ปิดตาราง
8	ภาพ (ถ้ามี)	รูปภาพประกอบ บันทึกเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล .JPEG
9	การอ้างอิงในเนื้อหา	ลงรายการตามรูปแบบ APA ดังตัวอย่างรูปแบบการอ้างอิงแทรกในเนื้อหา ข้างทำยนี้
10	เอกสารอ้างอิง (References)	ลงรายการบรรณานุกรมตามรูปแบบ APA ดังตัวอย่างรูปแบบรายการบรรณานุกรมในเอกสารอ้างอิง ข้างทำยนี้นำเสนอเฉพาะรายการที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาบทความ ให้ครบทุกรายการ

ตัวอย่างรูปแบบการอ้างอิงแทรกในเนื้อหา

1. หนังสือ

1.1 ผู้แต่งคนเดียว

(สมพงษ์ ชูมาก, 2548, หน้า 10-12)

(สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา, 2531)

(Wilson, 2007, p.67)

1.2 ผู้แต่งมากกว่า 3 คน

(อวยพร พานิช และคนอื่นๆ, 2548, หน้า 51-53)

(Crouhy, et al., 2006, pp.75-78)

1.3 ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546, หน้า10-11)

(สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2541, หน้า 5-6)

(Ministry of Education, 2002, pp.70-71)

2. วิทยานิพนธ์

(เซวรงค์ดี เขียวเงิน, 2543, บทคัดย่อ)
(โอกามา จำเภา, 2550)
(Almeida, 1990)

3. รายงานการประชุม

(นิทัศน์ ภัทรโยธิน, 2540, หน้า 30)
(PaitoonSinlarat, 1995, p.217)

4. วารสาร

(Bekarian, 1993, pp.574-575)

5. หนังสือพิมพ์

(สมศรี หาญอนันตสุข, 2550, หน้า 7)
(Krishman, 2007, pp.1, 12)

6. จุลสารแผ่นพับ แผ่นปลิว

(การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2541)
(Research and Training Center on Independent Living, 1993)

7. โสตทัศนวัสดุ

(ยุพดี พยักมพันธ์, 2530)

8. ซีดีรอม

(อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร, 2543)
(Social Science Index, 1999)

9. เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

9.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

(อรรถศิษฐ์ วงศ์ณโรจน์, 2542)
(Abell, 2002)

9.2 วารสารอิเล็กทรอนิกส์

(Kenneth, 1998)

9.3 หนังสือพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์

(ชุม, (นามแฝง), 25 ตุลาคม 2542)
(ศธ. ยุติการถ่ายโอนสถานศึกษาบัญชี 2, 2550)

9.4 เอกสารจากเว็บไซต์เว็บ (www.)

(ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ, ม.ป.ป.)
(Ministry of Education, 2005)

10. การสัมภาษณ์

(ดิลก บุญเรืองรอด, 2543, กรกฎาคม 14)
(Page, 1991, March 5)

ตัวอย่างรูปแบบรายการบรรณานุกรมในเอกสารอ้างอิง

1. หนังสือ

1.1 ผู้แต่งคนเดียว

สมพงษ์ ชูมาก. (2548). *กฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีเมือง*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
 กัลยาณีวัฒนา, สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้า. (2531). *เจ้านายเล็กๆ ยุวกษัตริย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ :
 ด้านสุทธาการพิมพ์.

Wilson, K. (2007). *Smart choice*. (2 nd ed). London : Oxford University Press.

1.2 ผู้แต่งมากกว่า 3 คน

อวยพร พานิช และคนอื่นๆ. (2548). *ภาษาและหลักการเขียนเพื่อการสื่อสาร*. กรุงเทพฯ :
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Crouhy, M., et al. (2006). *The essentials of risk management*. New York : McGraw-Hill.

1.3 ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

สุโขทัยธรรมาธิราช, มหาวิทยาลัย. (2546). *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการวิจัยการบริหารการศึกษา*.
 นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

การศึกษาแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการ. (2541). *การปฏิรูปการเรียนรู้ตามแนวคิด 5 ทฤษฎี*. กรุงเทพฯ :
 โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์.

Education, Ministry of. (2002). *Chiangmai : NopBueri Si Nakon Ping*. Bangkok : Ministry of
 Education.

2. วิทยานิพนธ์

เชวงศักดิ์ เขียวเงิน. (2543). *การดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษาของ สถาบันราชภัฏกำแพงเพชร*.
 วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันราชภัฏกำแพงเพชร.

โอภามา จำเภา. (2550). *การจัดการตลาดทางเลือกเกษตรอินทรีย์ : กรณีศึกษาสหกรณ์การเกษตรยั่งยืน
 แม่ทาจำกัด ตำบลแม่ทา กิ่งอำเภอแม่ออนจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พัฒนารัฐบาลมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Almeida, D.M. (1990). *Father's participation in family work : Consequences for fathers' stress and father child relation*. Master's thesis, University of Victoria.

3. รายงานการประชุม

นิทัศน์ ภทรโยธิน. (2540). *ตลาดซื้อขายสินค้าเกษตรล่วงหน้า ในการประชมนักบัญชีทั่วประเทศ ครั้งที่ 15
 วิทยาลัยนักบัญชีไทย*. วันที่ 27-28 มิถุนายน พ.ศ. 2540 (หน้า 19-35). กรุงเทพฯ : สมาคมนักบัญชี
 และผู้สอบบัญชีรับอนุญาตแห่งประเทศไทย.

Paitoon Sinlarat. (1995). Success and failure of facility in Thai university. In Somwang
 Pitayanuwat, et al. (Eds), *Preparing teachers for All the World's Children : An Era of
 Transformation Proceedings of International Conference, Bangkok 1992*. (pp. 217-
 233). Bangkok : UNICEF.

4. วารสาร

มัลลวิธ อุดลัทธิศิริ, นิตย บุษงามงคล และวิลาวัลย์ จตุรธำรง. (2549, กรกฎาคม-ธันวาคม). การศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมทางจริยธรรมของเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 29 (3-4), 83-92.

Bekerian, D.A. (1993, June). In search of the typical eyewitness. *American Psychologist*, 48, 574-576.

5. หนังสือพิมพ์

สมศรี หาญอนันตสุข. (2550, มิถุนายน 26). ภาครัฐธรรมนุญใหม่จะสร้างมิติใหม่ให้สังคมพุทธ. *มติชน*, หน้า 7.

Krishman, E. (2007, June 26). Rebuilding self-esteem *Bangkok post*, p.1, 12.

6. จุลสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว

การทอเทียวแห่งประเทศไทย. (2541). *ทอเทียวสงขลา*. [แผ่นพับ]. สงขลา : การทอเทียวแห่งประเทศไทย.

Research and Training Center on Independent Living. (1993). *Guidelines for reporting and writing about people with disabilities*. [Brochure]. Lawrence : Research and Training Center on Independent Living.

7. โสตทัศนวัสดุ

ยุพดี พยักพันธ์ (ผู้บรรยาย). (2530). *ยาสมุนไพรรักษาโรค*. [แถบบันทึกเสียง] กรุงเทพฯ : องค์การวิทยาศาสตร์การแพทย์.

8. ซีดีรอม

อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร. (2543). [CD-ROM]. Available : ฐานข้อมูลไปดูให้เต็มตาแล้วค่าความเป็นไทย. [2544, มิถุนายน 23].

Social Science Index. (1999). [CD-ROM]. Available : UMI/Social Science Index. [2005, June 26].

9. เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

9.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

อรรถดิษฐ์ วงศ์มณีโรจน์. (2542). *ความอุดมสมบูรณ์ของดิน*. [Online]. Available : <http://158.108.200.11/soil009hom-1/009421/chap1.htm#era1>. [2550, กุมภาพันธ์ 20].

Abell, S.K. (2002). *Science teacher education : An international perspective*. [Online]. Available : <http://ebook.Springerlink.com/Search/Search Results.aspx?>. [2007, June 30].

9.2 วารสารอิเล็กทรอนิกส์

Kenneth, I. (1998). A Buddhist response to the nature of human rights. *Journal of Buddhist Ethics*. [Online], 2, (9). Available : <http://www.cac.psu.edu/Jbe/twocont.html>. [2006, August 12].

9.3 หนังสือพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์

ชุม. (นามแฝง). (2542, ตุลาคม 25). บุญของคนไทย ใน *ไทยรัฐ*. [Online]. Available : <http://www.thairath.co.th>. [2542, ตุลาคม 25].

ศธ. ยุติการถ่ายโอนสถานศึกษาบัญชี 2. (2550, มิถุนายน 23). ใน *ไทยรัฐ*. [Online]. Available : <http://www.thairath.co.th>. [2550, มิถุนายน 30].

9.4 เอกสารจากเว็บไซต์เว็บ (www.)

เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ, ศูนย์. (ม.ป.ป.). **การจัดการศึกษาทางไกล**. [Online].

Available : <http://www.nectec.or.th/eourseware/cai/0015.htm>. [2550, กรกฎาคม 1].

Education, Ministry of. (2005). **The Regional Seminar on Higher Education in Southeast Asian Countries**. [Online]. Available : <http://www.inter.mua.go.th/news/News%20January%202005.htm>. [2006, January 5].

10. การสัมภาษณ์

ดิลก บุญเรืองรอด. (2543, กรกฎาคม 14). อธิการบดี, สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา. สัมภาษณ์.

Page, O. (1991, March 5). President, Austin Peay State University. Interview.