

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการประชุมครอบครัว ต่อการยอมรับการดูแลแบบ
ประคับประคอง คลินิกอารีรักษ์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์
The Effectiveness of Family Meeting Practices on the Acceptance of
Palliative Care at the Areerak Clinic, Prasat Hospital, Surin Province

กวันวัศ เสาวพันธุ์¹

Kavanwat Saowapan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-Experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One group pre – posttest design) วัดดูประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประชุมครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย ในระหว่างเดือนมกราคม 2568 - มีนาคม 2568 โดยใช้กระบวนการประชุมครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยประคับประคอง และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประชุมครอบครัว นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองหลังการประชุมครอบครัวสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, การประชุมครอบครัว, การยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This study is a preliminary experimental research using a one-group pretest-posttest design. The objective was to investigate the acceptance of palliative care and evaluate the satisfaction with the implementation of family meeting practice guidelines. The sample consisted of 30 palliative care patients, selected through purposive sampling, during January to March 2025. The family meeting process was used as a means of communication with the patients. The research instruments consisted of three parts: (1) general information, (2) a questionnaire assessing acceptance of palliative care among patients, and (3) a satisfaction evaluation form regarding the

implementation of family meeting guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using a paired t-test at a significance level of .05.

Main findings : The results revealed that the mean score of acceptance of palliative care after the family meeting was significantly higher than that before the family meeting ($p < 0.05$).

Keywords : Palliative care, Family meeting, Acceptance of palliative care

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะลุกลามของโรคและครอบครัวของผู้ป่วยมุ่งเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ³ โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นและจากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs และสถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุของทั่วโลกทำให้ความต้องการของการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า แต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการ การดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 34 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่ มะเร็งมีมากถึงร้อยละ 66²²

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ระบุถึงจำนวน ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่า ปี 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 196,286 307,160 255,591 รายตามลำดับ และได้รับการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้า (Action care planning) ร้อยละ 56.62, 52.59 และ 67.47 ตามลำดับ² จากการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย¹³ พบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น ที่เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า มีผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 21.4 แต่มีผู้ป่วยที่เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 6.1 เท่านั้น⁴

โรงพยาบาลปราสาท เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580¹⁰ ภายใต้ชื่อ คลินิกอารีรักษ์ ในปี 2561 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรค ทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี 2561 ถึงปี 2566 เป็นจำนวน 240 251 299 308 และ 414 ตามลำดับ⁴ ซึ่งเป็นจำนวนที่มากขึ้นทุกปี

จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้วิจัย สนใจ ศึกษาเปรียบเทียบการยอมรับการดูแลแบบ ประคับประคองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จาก การใช้แนวทางการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อให้ทราบถึงความเข้าใจและการ ยอมรับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลัง การประชุมครอบครัว ว่ามีมากน้อยเพียงใด ครอบครัวสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ได้ไป ประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจร่วมกัน ในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่สอดคล้องกับหลักการ ดูแลรักษาแบบประคับประคอง อันจะนำไปสู่ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและ ครอบครัวในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ^{5,11} ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งในครอบครัว และความขัดแย้ง ระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ⁹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการยอมรับการดูแลแบบ ประคับประคอง ในผู้ป่วยประคับประคอง คลินิกอารีรักษ์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัด สุรินทร์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง ก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติประชุมครอบครัว ผู้ป่วยประคับประคอง คลินิกอารีรักษ์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้น ามวปฏิบัติการประชุมครอบครัวของครอบครัว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ ทดลองเบื้องต้น (Pre-Experiment Research)

เปรียบเทียบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One group pre – posttest design) โดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ระยะเวลาในการ ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยประคับประคองที่มารับบริการที่คลินิก อารีรักษ์ โรงพยาบาลปราสาท โดยผู้ป่วย สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการ ศึกษาวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน¹⁹ โดยใช้สูตรของ Two dependent means ของ App N4Studies **เกณฑ์การคัด เข้า** 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย ประคับประคองประคับประคองในระยะ สุดท้าย ส่งปรึกษาคลินิกอารีรักษ์ โรงพยาบาล ปราสาทครั้งแรก และยังไม่ผ่านกระบวนการ ประชุมครอบครัวเพื่อเข้ารับการรักษาแบบ ประคับประคอง 2) ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทย ได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการ มองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ 3) มี ช่องทางให้สามารถติดต่อสื่อสารได้ ได้แก่ เบอร์ โทรศัพท์ หรือ แอปพลิเคชันไลน์ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** 1) ผู้ป่วย เสียชีวิต 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง การดำเนินการวิจัย หรือมีการลุกลามของโรค มากขึ้นประเมินความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเอง คะแนน Palliative Performance Scale (PPS) < 40 คะแนน 3) ไม่สามารถ

ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีข้อจำกัดด้านโรคของสมอง การได้ยิน 4) ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care) การสื่อสารกับผู้ป่วยประคับประคองและครอบครัวโดยการประชุมครอบครัว (Family Meeting) และทฤษฎีการยอมรับตนเอง แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประคับประคองได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการศึกษา อาชีพศาสนาและระดับคะแนน Palliative Performance Scale (PPS)

2) แบบสอบถามการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยประคับประคองเป็นคำถามด้านบวกทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก แต่ละค่ามีเกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ น้อย 1 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน

3) แบบประเมินความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยประคับประคองหลังการประชุมครอบครัว เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก แต่ละค่ามีเกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ น้อย 1 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน

การแบ่งระดับการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom²⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนร้อยละ 10 -17 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 18 – 23 ระดับปานกลาง และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 24 ระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างเสร็จเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย และนำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าคะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของ ครอนบาช (Cronbach's Coefficient +Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ .93 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยสำรวจจำนวนกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอายุ 20 ปี ขึ้นไป วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายและส่งปรึกษาคลินิกอาชีวเวช ยังไม่ได้ทำการประชุมครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกห้องตรวจประคับประคอง คลินิกอาชีวเวช โรงพยาบาลปราสาท หลังจากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมก่อนเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ

สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการยอมรับดูแลแบบประคับประคองก่อนการประชุมครอบครัว

ขั้นตอนการประชุมครอบครัว

1. ขั้นเตรียมการประชุมครอบครัว ประเมินครอบครัวทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน โปรแกรม Hos-xp และข้อมูลจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค ข้อมูลสุขภาพครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของครอบครัวศึกษาแผนภูมิครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและข้อมูลชุมชน

2. ขั้นดำเนินการประชุมประชุมครอบครัว

2.1 ผู้ดำเนินการประชุมกล่าวทบทวนวัตถุประสงค์ของการประชุมครอบครัว พิจารณาผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และสมาชิกครอบครัว และพยาบาลประคับประคอง กติกาของการประชุม แจ้งระยะเวลาของการประชุม ก่อนการเข้าสู่เนื้อหาและให้ตอบแบบสอบถามหลังการประชุมครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินการยอมรับตนเอง

2.2 ประเมินครอบครัวเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การพยากรณ์โรค อาการและอาการแสดงที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พร้อมทั้งให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรค ข้อดี ข้อเสียของการรักษา และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามความเป็นจริง สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ยอมรับตนเองตามความเป็นจริงโดยประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีการยอมรับตนเอง" เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนได้ซักถามแสดงความคิดเห็นและ

ความรู้สึก พยายามให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและการพยากรณ์โรค และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ประเมินปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย นำปัญหามาวิเคราะห์และร่วมกันวางแผนการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลให้ข้อมูลที่เป็นจริงและให้การพยาบาลตามปัญหาความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 พุดคุยถึงการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของการเลือกแนวทางการดูแลตนเองในแต่ละวิธี และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้าอย่างครอบคลุมทุกด้านตามแนวทางของการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การใส่ท่อช่วยหายใจ/การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยางอื่นๆที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย การรับยากระตุ้นชีวิตเช่น ยาเพิ่มความดัน ยากระตุ้นหัวใจ รวมทั้งสถานที่ที่เลือกดูแลตนเองในวาระสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิต

3. ขั้นสรุปการประชุม

3.1 สรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้จากการประชุมครอบครัวและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับตนเองร่วมกัน รวมทั้งแนวทางการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

3.2 สร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อำนวยความสะดวก เปิดช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาได้ตลอด นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนใจแนวทางการรักษาและถอนตัวจากการศึกษาได้ โดยไม่มีผลต่อกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังการประชุมครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการการประชุมครอบครัว¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาหาค่าร้อยละ แจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองก่อน - หลังการประชุมครอบครัวโดยสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในครั้งนี้ หมายเลขใบรับรอง PSH REC No.021/2567 เมื่อวันที่ 23 เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.70 , มีอายุ

มากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 60.00, สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00, มีการศึกษา ระดับชั้นมัธยมหรืออนุปริญญา ร้อยละ 53.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.30, นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100, ระดับผู้ป่วยตามการประเมิน PPS น้อยกว่า 60 ร้อยละ 56.70

2. ผลของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองก่อนการประชุมครอบครัว ผู้ป่วยระดับประคับประคอง มีการยอมรับการในระดับมาก ได้แก่ เรื่องท่านยอมรับต่อข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค และระยะของโรค ร้อยละ 100.0 ระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องท่านเข้าใจและยอมรับการเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 56.70 และมีการยอมรับน้อย ได้แก่ เรื่องสมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกัน ร้อยละ 33.30 และหลังการประชุมครอบครัว มีการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.0 และรองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกัน ร้อยละ 80.00

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองก่อนการประชุมครอบครัวเท่ากับ 26.83 และหลังการประชุมครอบครัวเท่ากับ 29.80 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระดับประคับประคองหลังการประชุมครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติประชุมครอบครัว

การยอมรับ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการประชุมครอบครัว	26.83	2.180	-2.11	P < 0.05
หลังการประชุมครอบครัว	29.80	0.41		

3. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประชุมครอบครัวของครอบครัวผลการศึกษาพบว่าในภาพของความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายหลังการประชุมครอบครัวอยู่ในระดับมาก

สรุปผลและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 และเป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 60.00 ผลคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองก่อนการประชุมครอบครัว ร้อยละ 26.83 และหลังการประชุมครอบครัว ร้อยละ 29.80 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองหลังการประชุมครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวอยู่ในระดับมาก

หลังการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยต่อการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมีการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการในการประชุมครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรค มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย และได้รับการปรึกษากลั่นใจจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล ปราสาท จำนวน 30 คน โดยผู้ป่วยและญาติ

ได้รับการเตรียมการวางแผนประชุมครอบครัว โดยการชี้แจงนัดวันเวลาในการประชุมครอบครัว ร่วมกับชี้แจงระบบและแนวทางการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลปราสาท ทีมประคับประคองจะดำเนินการประชุมโดยการทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำ Family Meeting ก่อนว่าต้องการอะไรจากการทำ Family Meeting พิจารณาว่าใครบ้างที่ควรเข้าร่วมประชุม¹⁴ ต่อจากนั้นจึงทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย รวมทั้งตัดสินใจระหว่างสมาชิกในทีมเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ระหว่างที่พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพที่ดูแลจะได้มีความเข้าใจตรงกัน และอธิบายสอดคล้องกัน ไม่สร้างความสับสนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ใครที่มีหน้าที่ในการตัดสินใจ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมที่เข้าร่วมประชุมว่า ให้ใครชี้แจงและตอบคำถามให้ส่วนไหนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประชุมต้องมีการกล่าวแนะนำตัว บอกบทบาทที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แนะนำตัวเอง ผู้ทำหน้าที่หลักในการประชุมครอบครัวต้องกล่าวถึงเหตุผลหลักสั้นๆ ของการประชุมครอบครัวในครั้งนี้ว่ามีประเด็นอะไรบ้าง ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจ และต้องกล่าวถึงกติกาการประชุมในเรื่องการเรียงลำดับของการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างไร กล่าวถึงกติกาของการประชุม เช่น เรียงลำดับของการแสดงความคิดเห็น (ส่วนใหญ่

เราจะให้ผู้ป่วยเป็นคนแสดงความเห็นก่อน เพราะคนอื่นๆ ในครอบครัวจะได้รับฟังความเห็นจากผู้ป่วย จากนั้นเรื่องลำดับตามสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยที่สุด ไปยังสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากที่สุด สาเหตุก็คือ หากให้สมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าคนอื่นๆ พูดก่อน สมาชิกที่เหลืออาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตัวเอง อันนี้เป็นเหตุผลหนึ่งที่แนะนำให้ศึกษา Genogram และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าประชุม) แนะนำให้สมาชิกคนอื่นๆ พูดจบก่อนแล้วจึงแสดงความคิดเห็น แจ้งระยะเวลาของการประชุมคร่าวๆ ให้ทุกคนได้รับทราบ รายละเอียดของการประชุมเกี่ยวกับความเข้าใจระยะของตัวโรค และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย โดยทีมอธิบายและตอบคำถามเป็นระยะ ๆ ต่อจากนั้นความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแล ตอบข้อสงสัยเรื่องแผนการดูแลในอนาคต อธิบายแผนการรักษาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ชักถามความต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงการถามประเด็นเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนหากอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ ความต้องการเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาของครอบครัว สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตสร้าง เช่น อยากเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล ต่อจากนั้นทีมประเมินจุดแข็ง และชี้ให้ครอบครัวเห็นจุดแข็งในการจัดการปัญหาของตนเอง หลังจากนั้นสรุป บันทึก ประเด็นต่าง ๆ อีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการประชุมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{7,9,13,15}

นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองช่วยการบรรเทาความปวด การช่วยเหลือด้านจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว^{16,23} สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 และเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับระดับสูง คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ส่วนในระดับต่ำ เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกัน ร้อยละ 23.3 เมื่อเปรียบเทียบการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลัง การได้รับการประชุมครอบครัว พบว่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 41.33 และ เท่ากับ 61.50 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการคงอยู่ ของพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมของบุคคล¹⁸ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว การจัดประชุมระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้ทราบปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพและบริบทของครอบครัว ซึ่งนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถจัดการสุขภาพและอาการทุกข์ทรมานได้ รวมถึงทำให้มีอาการซึมเศร้าลดลง⁶ เป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแล และเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น²¹

การจัดประชุมครอบครัวในผู้ป่วยระดับประคอง ทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเข้าถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคระยะท้ายหรือพยากรณ์โรค อาการไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้น เกิดการยอมรับตามความเป็นจริง สามารถตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลตนเองได้ตามสถานการณ์โรคปัจจุบันและมีเป้าหมายการดูแลตรงกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ¹³ เช่นเดียวกับผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการประชุมครอบครัวในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวสัมพันธ์ต่อการยอมรับตนเอง การดูแลแบบประคับประคอง¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. การยอมรับต่อการดูแลแบบประคับประคองเกี่ยวกับ สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ตรงกัน ควรมีการจัดประชุมครอบครัวในผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลประคับประคองทุกคน เพื่อให้ได้รับ

ข้อมูลที่ครบถ้วนของสมาชิกในครอบครัว และให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล

2. การยอมรับเกี่ยวกับความเข้าใจและยอมรับการเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งยังไม่เข้าใจและยอมรับเพียงพอ ควรมีศึกษาข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยและการร่วมกับสหวิชาชีพให้ร่วมชี้แจงข้อมูลการดำเนินของโรค การรักษาในการประชุมครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับความจริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท คณะอนุกรรมการวิชาการ และวิจัย โรงพยาบาลปราสาท เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คลินิกอารีรักษ์ โรงพยาบาลปราสาท ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูล และดร. สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ อาจารย์ที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1, 151-155. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th>.
3. ชโลธร ชาวบ้านกว้าง. (2564). การศึกษาลักษณะผู้ป่วยระดับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม. โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4(1), 119-27.

4. ทศนีย์ เทียงธรรม. (2566). เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์แพทย์ประจำบ้าน, สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
5. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารทหารบก, 21(1), 26-34.
6. นุชรีย์พิมพ์โคตร และเสาวคนธ์วีระศิริ. (2559). การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับครอบครัวที่มีบุคคลโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้าย ณ อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(1), 122-131.
7. บุญกฐิน ธรรมจารีสวัสดิ์. (2561). ผลของการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. โรงพยาบาล กำแพงเพชร. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://www.kph.go.th/html/index>.
8. ประนอม โฉมกาย, มารยาท สุจิตวรกุล และ พรณพัชร สกุลทรงเดช. (2560). ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 43(1), 17-26. สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://www.cbh.moph.go.th>.
9. ปัทมา โกมุทบุตร. (2558). การประชุมครอบครัวในการดูแลประคับประคอง. ใน บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 3. (หน้า 219-220). เชียงใหม่: กลางเวียง.
10. พงศธร พอกเพ็ญดี. (2563). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29 (1), 173-186.
11. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 6. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th>.
12. วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ. (2554). ก่อนวันผลิตใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี บจก.
13. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
14. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2561). *Training of the Trainers in Palliative Care*. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
15. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2561). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: สามดีพรี้นติ้งอีควิปเมนต์ จำกัด. สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://www.nationalhealth.or.th>.
16. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2563). งาน 'สร้างสุขที่ปลายทาง' ครั้งที่ 3 เพื่อ

ยกระดับ การรับรู้ของสังคมต่อการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต. คู่มือผู้ให้บริการ
สาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นเมื่อ
23 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://www.nationalhealth.or.th>.

17. อภิญา ลุนนากัน. (2563). ผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ภูมิลำเนา
บำบัดทดแทนไต ต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสาร
สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 514-521. สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269336>.
18. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice- Hall.
19. Bartz, Albert E. (1999). Basic Statistical Concept. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
Bardo, J. W. & Hartman, J .J. (1982). *Urban society : A systemic introduction*. New
York: peacock.
20. Benjamin, S Bloom. 1986. 'Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for
the study of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol2:
47-62.
21. Joshi, R. (2013). *Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care*. Retrieved September 24, 2024, from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
22. World Health Organization. (2020). *Integrating Palliative Care and Symptom relief into Primary Health Care: A HWO Guide for Planners, Implementer and Managers*. Retrieved 14 September 2024, from: <https://www.apps.who.int/iris>.
23. World Health Organization. (2002). *Pain relief and Palliative Care*. In: *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. 2nd ed. WHO Geneva 2: 83-91.