

การพัฒนาแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

Developing guidelines for Report on patient's condition changing to critical condition
with MEW Score at Ban-Tak Hospital.

นางบังอร ดวงแก้ว

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษา สภาพ ปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ,เพื่อพัฒนา แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score และ ประเมินประสิทธิผลของการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการใช้ MEW Score จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 86.70 และจำนวนผู้ป่วยที่ เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนหลังการใช้ MEW Score จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่ กระบวนการรักษาก่อนผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต คิดเป็นร้อยละ90.00 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 46.70และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด คิดเป็นร้อยละ 10.00 ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ประเด็นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยด้านความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้พบเจอกับบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักมีการปฏิบัติได้น้อย(นานๆครั้ง) \bar{X} =3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D= .556 ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ประเด็นให้ข้อมูลพยากรณ์โรค(Share prognosis) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

ผลการประเมินความพึงพอใจ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทุกหัวข้อ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.001$) ภาพรวมความพึงพอใจแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคองมีความพึงพอใจมากที่สุด ทั้งก่อน และหลังการใช้แนวทาง \bar{X} =4.60 ,S.D= .819

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต

Abstract

The aim of this research and development is to study the condition, problems, and reporting of patients transitioning to a critical state using the MEW Score, to develop guidelines for reporting symptoms of patients transitioning to a critical state using the MEW Score, and to evaluate the effectiveness of reporting symptoms of patients transitioning to a critical state using the MEW Score at Ban Tak Hospital, Tak Province. The analysis found that before using the MEW Score, the percentage of patients diagnosed with infection and entering treatment processes before transitioning to a critical state was 46.70%. The percentage of patients experiencing complications

and shock from infection was 86.70%, and the percentage of patients dying from septic shock was 23.30%. After using the MEW Score, the percentage of patients diagnosed with infection and entering treatment processes before transitioning to a critical state was 90.00%. The percentage of patients experiencing complications and shock from infection was 46.70%, and the percentage of patients dying from septic shock was 10.00%. The overall average and additional findings show that the results of using the MEW Score have significantly improved statistically ($P < 0.001$). The exploration of patient experiences regarding the severity of illness found that patients encountered familiar individuals practicing less frequently (sometimes) with a mean of 3.37 and a standard deviation of 0.556. The comparison of the initial conversation sample group's performance in sharing prognosis found that the overall average and additional findings show that the results of using the MEW Score have significantly improved statistically ($P < 0.001$). The satisfaction assessment results show the highest level of satisfaction in all aspects, with statistically significant levels at ($P < 0.001$). Overall, the highest satisfaction with advance care planning guidelines for critically ill patients was observed, both before and after implementation, with a mean of 4.60 and a standard deviation of 0.819.

Keywords: critically ill patients; patients transitioning to a critical state.

บทนำ

ปัญหาและสาเหตุ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีไม่น้อยที่เกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือการออกแบบและพัฒนาระบบงานที่ช่วยให้ การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพ และปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถทำได้ในทันที อีกทั้งสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้มีการกำหนดประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญสูง (Patient Safety Goal: SIMPLE) โดยสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติ หนึ่งในประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ที่ มีความสำคัญสูงดังกล่าวคือ Response to the Deteriorating Patient หมายถึงการระบุตัวผู้ป่วยที่มีอาการ ททรุดลงหรือมีอาการแย่งอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลอย่าง เหมาะสม และเป็นระบบที่ชัดเจน ก่อนที่อาการเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การล้มเหลวในการระบุตัวผู้ป่วยที่มีอาการ ทรุดลงหรือมีอาการแย่ง สามารถทำให้อาการเจ็บป่วยมี ความรุนแรงเพิ่มขึ้น จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ร้อย ละ 51-86 ของผู้ป่วยที่ รับปฏิบัติการเพื่อช่วยชีวิตขณะที่ หัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจกะทันหัน (cardiopulmonary resuscitation; CPR) จะมีการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาเป็นเวลาหลายชั่วโมงก่อนที่จะเกิด หัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจกะทันหัน แนวทางปฏิบัติเพื่อ ป้องกันแก้ไขปัญหาคือการก าหนดการใช้เครื่องมือ ได้แก่ (Modified Early Warning Score: MEWS) หรือ MEW score ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกร ามาใช้ในการเฝ้า ระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งระดับ ความรุนแรง และช่วยในการตัดสินใจในการให้การดูแล รักษาตามแนวทางอย่างรวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ ระยะวิกฤต เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและป้องกันการเสียชีวิต ทำให้อาการเจ็บป่วยมีความปลอดภัยเมื่อเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล จากงานวิจัยพบว่าการใช้MEWS กับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามารถลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ เนื่องจากสามารถตรวจจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ที่มีอาการแสดงที่ทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ พบว่า การใช้ระบบการเฝ้าระวัง MEWS สามารถลดโอกาส ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขั้นรุนแรงได้ โดยอัตราการส่งต่อไปยังแผนกวิกฤตโดย มิได้คาดการณ์ ล่วงหน้า และอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$)

จากข้อมูลสถิติหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านตาก ในปี 2563-2565 พบว่า มี ผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation; CPR) เนื่องจากภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุด หายใจกะทันหันเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9, 13 และ 17 ราย ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (Unexpected Death) ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ดังนั้นหน่วยงานผู้ป่วยในจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านตากขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการทำงานให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความมั่นใจมีแนว ทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดการสื่อสารอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการเกิดภาวะวิกฤติ สามารถจัดการกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันที ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเสียหายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัยรวดเร็วทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นการพัฒนาคุณภาพ บริการอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลบ้านตากจังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยทุกประเภท หากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศรีสังวรและเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จะถูกส่งกลับมารักษาและพักฟื้นต่อที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักถูกส่งตัวกลับมาอนพักฟื้นในโรงพยาบาลก่อนส่งกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ในระยะนี้ต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ปรับตัวยอมรับ เตรียมทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ซึ่งไม่ใช่การสิ้นสุดการรักษา แต่เป็นการวางแผนเพื่อเตรียมรับกับอาการที่จะเกิดขึ้น ในการวางแผนตัวผู้ป่วยเองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย การดูแลผู้ป่วยระดับประคองในแผนกผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านตากได้มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระดับประคองร่วมกับคลินิกอุ่นใจ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคองครอบคลุมทั้งอำเภอบ้านตาก ในพ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยระดับประคองที่ลงทะเบียนให้การดูแล 1075,957 และ 1533 ตามลำดับและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน 60, 68 และ 62 ตามลำดับ จึงอาจกล่าวได้ว่าจำนวนที่เข้ามาใช้บริการในตึกผู้ป่วยในมีอัตราค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียน ซึ่งผู้ป่วยระดับประคองมีทั้งกลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งและไม่ใชโรคมะเร็ง และผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าการเข้าถึงกระบวนการดูแลระดับประคองล่าช้า ญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจแผนการรักษา บางส่วนยินยอมให้การรักษ บางส่วนปฏิเสธการรักษา บางครั้งตัดสินใจแล้วเมื่อถึงระยะสุดท้ายมักเปลี่ยนความคิดในการวางแผนการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่มีในปัจจุบันยังไม่นำมาปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านตาก และเป็นกรรมการในทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคองโรงพยาบาลบ้านตากทำงานในคลินิกอุ่นใจ ได้มีความสนใจแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วย เนื่องจากแนวทางปฏิบัติเดิมยังไม่มี การปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ในการวางแผนดูแลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลจึงได้พัฒนาแนวทางการรายงานผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะ วิกฤตด้วย MEW Score ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าแนวทางดังกล่าวมีผลต่อบุคลากรในหอผู้ป่วย ส่งผลต่อผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้มีการเฝ้าระวัง ดูแลรักษาได้ดียิ่งขึ้น และจะเป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และต่อการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลบ้านตากต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1. เพื่อศึกษา สภาพ ปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

2.2. เพื่อพัฒนา แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย

MEW Score

2.3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3.1 ทราบข้อมูลสารสนเทศ ในปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาแนวทางปัญหา การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต

3.2 ด้านการบริหาร เป็นนโยบายสำหรับคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระดับประคองในการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคองส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายดีและญาติผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ด้านการปฏิบัติ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในหอผู้ป่วย ในการอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โดยมีขอบเขตวิจัย ดังนี้

4.1 ประชากร ประกอบด้วย

4.1.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

4.1.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง** ในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาก

4.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

4.2.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง 1 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

4.2.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง** ในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาก จำนวน 30 คน

4.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

4.3.1 **ตัวแปรต้น** คือ แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score

4.3.2 **ตัวแปรตาม** คือ การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ของทีมสุขภาพความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

4.4 **ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล** ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน ตุลาคม 2566

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาการพัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

5.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

5.1.1 บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

5.1.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านตาก

5.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

5.2.1 บุคลากรทีมสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 24 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี
- 2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

5.2.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 รวมจำนวน 30 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป
- 2) เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยระดับประคองที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง
- 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

5.2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score และปรับแก้ตามข้อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย

1.1 การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย และพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ประเมินประสิทธิภาพการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคอง ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานะการทำงาน การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 เดือนก่อน ระดับ PPS ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามการวางแผนล่วงหน้าของทีมสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางของทีมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางของทีมสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทาง

ของที่มีสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางของที่มีสุขภาพน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่มีสุขภาพต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้นลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับรองต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ได้พัฒนาจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องตรงของเนื้อหา (content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (สุวิมล ติรกานันท์, 2555)

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับรองของโรงพยาบาล บ้านตาก

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score โรงพยาบาลบ้านตาก

ประชากรกลุ่มและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling Method) ดังนี้เกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด (Inclusion Criteria)

สำหรับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยระดับรอง และผู้ให้บริการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยระดับรอง จำนวน 30 คน (inclusion criteria) ดังนี้คือ 1) มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยระดับรองที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลบ้านตาก 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ที่รับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ และ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

2. บุคลากรที่มีสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 24 คน และเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการวิจัยตามตัวชี้วัด

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score และปรับแก้ตามข้อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย

1.1 การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย และพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ประเมินประสิทธิผลการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาพการมีงานทำ การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 เดือนก่อน ระดับ PPS ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามการวางแผนล่วงหน้าของทีมสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯของทีมสุขภาพน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้น ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องตรงของเนื้อหา (content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (สุวิมล ติรกาพันธ์, 2555)

1.3 วิธีดำเนินการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย มีขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบ้านตากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดทำกรรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score

2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เพื่อพิจารณาคำนั่งทางจริยธรรม เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยระดับประคองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตาก ในช่วงก่อนการใช้แนวทางการวางแผนล่วงหน้าพัฒนาขึ้น

4. ผู้วิจัยนำแนวทางการรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score ที่พัฒนาขึ้นมาชี้แจงกับทีมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันในการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยระดับประคองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตากในกลุ่มเดิมที่เคยรับบริการแนวทางเดิม และได้มารับบริการในแนวทางใหม่ในระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ one sample t-test โดยหลังจากการทดลองแล้วนำผลการวัดมาเทียบเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามดังนี้

1. ขออนุญาตขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยให้ญาติ/ผู้ดูแลและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระดับประคองทำแบบสอบถามด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยติดตามและรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการวางแผนล่วงหน้าของทีมสุขภาพ และความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

และญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้การรายงานอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ด้วย MEW Score วิเคราะห์โดย การหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเทียบเกณฑ์เพื่อแปลความหมาย

8.สรุปผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 กลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 54 ปี สถานะภาพคู่ ร้อยละ 63.3 รองลงมาโสด ร้อยละ 30.0 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร้อยละ 80.0 รองลงมาคือแพทย์ร้อยละ 20.0 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง มากที่สุด 3-5 ปี ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.0 และ น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 26.7 ผลศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาล บ้านตาก พบว่า ประเด็น คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะลุกลาม 10 ด้าน แบ่งเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกายด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพลกาสังความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้าน

ปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด ด้านจิตใจ สถานะสุขภาพด้านจิตใจประกอบด้วย ด้านพลังกำลัง ความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์, ด้านการรับรู้หน้าที่, ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านปัญหาคุณภาพชีวิต

9.อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนาการใช้ MEW scoreโรงพยาบาลบ้านตากโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้อง สามารถสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าแบบ ประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านตากประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการ ให้บริการ 3 ระยะ เริ่มตั้งแต่แพทย์ให้การ วินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการดูแล ดังนี้

1. การวางแผนการดูแล โดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Palliative care ward nurses: PCWN) ประเมินความพร้อม ของผู้ป่วยและญาติก่อน เมื่อพร้อมจึงดำเนินการ 3 ชั้น- ตอนคือ(1) การให้ข้อมูล(2) การช่วยตัดสินใจ ด้วยการ บอกเป้าหมาย ให้ทางเลือก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติ และ (3) การพัฒนาแผนการดูแลร่วมกัน ให้ ครอบครัวมีส่วนร่วม พิจารณาโอกาสของครอบครัว สังคม ความเชื่อ โดยใช้หลักการที่สำคัญ คือการปกป้อง สิทธิ ผู้ป่วย จากนั้นมี การเซ็น ยินยอมเข้ารับบริการ (inform consent) และกำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตาม ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของ ชีวิต ให้ผู้ป่วยมอบหมายให้คนในครอบครัวที่ ผู้ป่วยไว้ใจ ที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาผู้ป่วย งดการรักษา ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือยื้อชีวิต การ งดใส่ ท่อเครื่องช่วยหายใจ การงดช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (good death) 2. การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ตาม แนวคิด “LIFESS” ได้แก่ (1) กำหนดพินัยกรรม ชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความ- สามารถในการ ทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและ ครอบครัว (5) จัดการความไม่สุขสบายอาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงที่เจ็บป่วย พยาบาล PCWN วางแผนการจำหน่าย และ ประสานงานเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนหรือครอบครัวดูแลที่บ้าน 3. การจัดการ ดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต (The last day of life) มี ขั้นตอน ดังนี้ 3.1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย อาการ ในช่วง สุดท้ายของชีวิต ได้แก่ อาการอ่อนแรงและนอนหลับมาก ขึ้นลดการกินอาหารและการดื่มน้ำลง การหายใจ สั่นลง และหยุดเป็นพักๆ เสีย ยงครีตคราดจากสารคัดหลั่งในปาก ลำคอ และริมฝีปากแห้ง 3.2) การให้การดูแล รายบุคคล (Individualized care) เพื่อตอบสนองผู้ป่วยเฉพาะรายตามที่ผู้ป่วยได้แสดง เจตจำนงของตนเองไว้ เช่น การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยพยาบาลเจ้าของ ไข้ประสานกับ พยาบาล PCWN และทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อดำเนินการให้สอดคล้องกับความ ต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้ 3.3) การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (Monitor and review) โดยพยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมิน ESAS ติดตามทุก 1 - 2 ครั้ง/วัน จากนั้นปรับกิจกรรมการ พยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวัน 3.4) การ จัดการอาการ (Managing symptom) โดย พยาบาลเจ้าของไข้ ดำเนินการดูแลลดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ให้ยา บรรเทาความเจ็บปวด การทำกิจกรรมบำบัด เช่น การทำBody scan meditation, Relaxation massage, comfort care การให้คำปรึกษา การคิดเชิงบวก เป็นต้น 3.5) การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสพ- การณ์ชีวิตที่ดีที่สุดตามวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตาม แผนการดูแลที่กำหนดไว้ตั้งแต่ระยะแรก ทั้งนี้ภายใต้การให้บริการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้เป็นบริการแบบมีประสิทธิภาพได้กำหนดให้มีศูนย์การดูแลต่อเนื่องแบบประคับ- ประคอง (center of seamless palliative care: CSPC) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สนับสนุนอุปกรณ์เพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน

ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายผ่าน ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care: CoC) เพื่อ เยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องมีทีมการดูแลแบบประคับ- ประคองของโรงพยาบาลบ้านตากร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รายละเอียดของแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับ (อารมย์ พรหมดี และคณะ, 2561) ศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 80 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย จำนวน 30 คน 3) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และ 4) ผู้ให้บริการการดูแลแบบ ประคับประคอง จำนวน 10คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ในกลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ที่มีค่า PPS < 60% ค่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจ ก่อน และหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ที่มีค่า PPS < 60% มีการวางแผนล่วงหน้าร้อยละ 100 หลังการใช้แนวทาง ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวม ระดับมาก ($X = 4.27$, $SD = 0.61$) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ปัญหาในการ ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองที่ชัดเจน การยืนยันผลของความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระยะ เปลี่ยนผ่านและระยะท้าย

2. ผลลัพธ์การทดลองใช้การใช้ MEW scoreโรงพยาบาลบ้านตากผลการศึกษา มี ดังนี้ ผลเปรียบเทียบผล การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบ ประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแล และหลังได้รับการดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดง ว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแล และหลังได้รับการดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ประเด็นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยด้าน ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้พบเจอกับบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักมีการปฏิบัติได้น้อย(นานๆครั้ง) $\bar{X} = 3.37$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน $S.D = .556$ ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนา ประเด็นให้ข้อมูล พยากรณ์โรค(Share prognosis) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้น สนทนา ในประเด็นการค้นหาเป้าหมายการดูแลและผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ (Explore preferred outcomes) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ประเด็นการพูดคุยในเรื่องความเชื่อด้านศาสนา/วัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลและรักษามีการปฏิบัติได้น้อย(นานๆครั้ง) ที่ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.13$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $S.D = .819$ และผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ประเด็นการบันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวน เป็นระยะ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ ของการใช้ MEW scoreดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ(วิไล วงศ์แก้ว และอิศรา สพสมัย, 2566) การ ศึกษาวิจัยและพัฒนา ประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีวิจัยและพัฒนาของ ไอโอวาโมเดล (Titler et al., 2001)เพื่อ 1)

ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในเดือนสิงหาคม 2564 – สิงหาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็นก่อนและหลังของทีมผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($x = 3.44$, $SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($x = 3.92$, $SD = 0.30$) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมากระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชชานันท์ ชนะผล, อธิราภรณ์จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์ (2563)4 ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองด้านที่มีคะแนนความมั่นใจมากที่สุด คือการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน จากการวิจัยจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับประเมินอาการปวดของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการปวด ระยะเวลา ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของการปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือปวดน้อยลง บริหารการใช้ยาแก้ปวด ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงได้ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญและทิปัทสน์ ชินตาปัญญากุล (2563)3 ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาอาการรบกวนในร่างกาย และอาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นตั้งนั้นพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความรู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลแบบประคับประคองลงสู่การปฏิบัติเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบายให้ดีขึ้น ส่วนอาการร่งวงซึม/สละสลิมสะลือ และอาการเบื่ออาหารในวันที่ 7 ที่เพิ่มขึ้นจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.23 อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของVerkissen, Hjermsstad, Van Belle, Kaasa, Deliens, and Pardon (2019)19 ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของอาการในช่วงเวลาหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มประเทศยุโรป พบว่าความรุนแรงของอาการรบกวนต่างๆในระยะเวลาสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งมักคงที่ ยกเว้นอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน อาการร่งวงซึม/สละสลิมสะลือ ซึ่งจะมามากขึ้นในระยะก่อนเสียชีวิตเปรียบเทียบเวลา ≥ 6 เดือน 3-5 เดือน และ 0-2 เดือน ตามลำดับนอกจากนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ($x = 3.92$, $SD = 0.30$) เนื่องจากเป็นการบริการที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และมีความต่อเนื่องในการดูแลสอดคล้องกับประเด็นในข้อคำถาม “การได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน” ที่พบว่ามีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 94.2 นอกจากนั้นยังเป็นการดูแลที่มุ่งเน้น การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน เมื่อพิจารณาประเด็นพบว่า ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($x = 4.15$, $SD = 0.61$) รองลงมา คือ ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกเมื่อมีปัญหา ($x = 4.00$, $SD = 0.00$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ให้ความตระหนักต่อการประเมินความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่เป็นได้ และเน้นในเรื่องของการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561)2 ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและ

ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย และผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดีมีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

3. ความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้ MEW score ผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทุกหัวข้อ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.001$) ภาพรวมความพึงพอใจแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคองมีความพึงพอใจมากที่สุด ทั้งก่อน และหลังการใช้แนวทาง $\bar{X} = 4.60$, $S.D = .819$) สอดคล้องกับการศึกษาของ(วิไล วงศ์แก้ว และอิศรา สพสมัย, 2566) ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($x = 3.44$, $SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($x = 3.92$, $SD = 0.30$) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมากที่สุดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

10. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจะเป็น ต้นแบบให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆตลอดจนโรงพยาบาลในภาครัฐสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทข้อจำกัดด้านทรัพยากร สังคมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน

2. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล รายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอและมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

11. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต่อไปเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่

12. กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาและคณะขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตากที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พร้อมกันนี้ขอขอบคุณทีมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PCWN) ของโรงพยาบาลบ้านตากทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่สนับสนุนในการดำเนินงานและศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมตลอดในการศึกษาครั้งนี้

13.เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพ
พบบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ.: บริษัท สำนักพิมพ์ สีสัน. (2564). *ข้อมูล
สถิติการดูแลแบบประคับประคอง*.โรงพยาบาลบ้านตาก.. (2565). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบ
ประคับประคอง*.โรงพยาบาลบ้านตาก.
- दारारวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับ
พิเศษ), 412-422.
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และคณะ. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.
- พิชานันท์ ชนะผล, ธีราภรณ์ จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์ทิศา. (2563). การรับรู้สมรรถนะในการดูแล
แบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 61-69
- ไพรินทร์ สมบัติ. *แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (dead with dignity/good
dead)*. น่าน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว; 2555.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*.อมรินทร์พริ
นติ้ง แอนพับลิชชิ่ง.<https://thaitgri.org/?p=39784>
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2017). แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1),22-28.
- ศศิวิมล ปานุราช, เยวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี. (2561). *ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง
ของพยาบาลในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 14 และปัจจัยที่
เกี่ยวข้อง*.การประชุมวิชาการระดับชาติ“มศววิจัย” ครั้งที่11วันที่29-30 มีนาคม 2561, มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ.