

## การประเมินผลระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคับประคองในระยะท้าย ของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, MPH, PhD<sup>1\*</sup>, ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, พย.ม.<sup>2</sup>

บุษรินทร์ พูนนอก, พย.ม.<sup>1</sup>, สุกัญญา วัชรประทีป, พย.บ.<sup>1</sup>

จิรภา ผ่องแผ้ว, สบ.<sup>1</sup>, อภิลิณี พันเพ็ญ, พย.บ.<sup>1</sup>

(วันที่ส่งบทความ: 23 มกราคม 2569; วันที่แก้ไข: 3 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับ: 12 เมษายน 2569)

### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้รูปแบบ CIPP Model และศึกษาปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินการ กลุ่มเป้าหมายคือสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานสถานชีวาภิบาล เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา กับผู้รับผิดชอบสถานชีวาภิบาลทั้ง 48 แห่ง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม กับผู้รับผิดชอบสถานชีวาภิบาล ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และภาคีเครือข่าย 4 จังหวัด ะละ 2 แห่ง รวม 8 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า สถานชีวาภิบาลผ่านการประเมินรับรองในระดับดี 9 แห่ง (ร้อยละ 18.75) และระดับพื้นฐาน 39 แห่ง (ร้อยละ 81.25) การประเมินบริบท พบนโยบายการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลเพื่อลดภาระของระบบสาธารณสุขหลัก โดยเน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมจากการดูแลร่างกายและจิตใจ การประเมินปัจจัยนำเข้า พบการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลต้องมีความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณสนับสนุนรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มักไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ใช้เงินบริจาคสนับสนุน บุคลากรมีเพียงพอแต่ค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับภาระงาน การประเมินกระบวนการ พบสถานชีวาภิบาลมีนโยบายการรับผู้ป่วยต่างกัน งานเอกสารเป็นภาระของผู้ปฏิบัติและเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ การประเมินผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนวาระสุดท้ายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาสามารถนำไปกำหนดนโยบายการพัฒนาสถานชีวาภิบาลให้มีจำนวนครอบคลุมพื้นที่และมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

**คำสำคัญ:** การประเมินผล, ระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคับประคองในระยะท้าย, สถานชีวาภิบาล, CIPP Model

<sup>1</sup> ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

<sup>2</sup> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, อีเมล: DoctorSinsakchon@gmail.com

## Evaluating the System of Community and Religious Palliative Care Centers in the 9<sup>th</sup> Health Region

*Sinsakchon Aunprom-me, MPH, PhD<sup>1\*</sup>, Srisaowalak Aunprom-me, MNS<sup>2</sup>,  
Budsarin Phoonnok, MNS<sup>1</sup>, Sukanya Watcharaprateep, BNS<sup>1</sup>,  
Jirapa Phongphaew, BPH<sup>1</sup>, Aphiradee Funpheng, BNS<sup>1</sup>*

(Received: January 23<sup>rd</sup>, 2026; Revised: April 3<sup>rd</sup>, 2026; Accepted: April 12<sup>th</sup>, 2026)

### Abstract

The objectives of this evaluation research were to evaluate the long-term care and palliative care system in the community and the religious palliative care centers in the 9<sup>th</sup> Health Region using the CIPP Model and to examine the issues, challenges and recommendations related to palliative care centers that successfully passed the assessment and received certification as palliative care centers. Quantitative data were collected using the palliative care center assessment form, while qualitative data were collected using in-depth interviews and focus group discussions with palliative care administrators, care providers, and care receivers, along with representatives of the community networks from 8 palliative care centers, 2 centers from each province in the health region. Data were analyzed using descriptive and content analyses for quantitative and qualitative data, respectively. Results showed that 9 palliative care centers (18.75%) received certification at a “good” level, while the remaining 39 centers (81.25%) received a “standard” level. The context evaluation indicated the centers were founded to reduce burdens on the public health system with an additional focus on spiritual care for patients. Input evaluation showed the need for “man, money, and materials” in setting up the centers, while the National Health Security Office (NHSO)’s compensation per head was often insufficient and full funding required donations from the communities. The number of care providers was sufficient, but their reported compensation was misaligned with their workloads. Process evaluation showed different policies in admitting patients across the centers, while many complained the paperwork was a barrier to quality patient care. Product evaluation revealed that the centers improved the patients’ quality of life and helped them prepare the patients for the end of life. The results from this study can guide policy in improving both the quantity and quality of care among palliative care centers in the future.

**Keywords:** evaluation, long-term care and palliative care system, palliative care center, CIPP Model

<sup>1</sup> Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima, Department of Health

<sup>2</sup> Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Phraboromarajchanok Institute

\* Corresponding author: Sinsakchon Aunprom-me, Email: DoctorSinsakchon@gmail.com

## บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Absolute aged society) โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2567 เท่ากับ 14.03 ล้านคน และมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) ส่งผลให้ความต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการดูแลระยะท้าย (End-of-life care) มีสัดส่วนที่สูงขึ้น ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ว่าเป็น “การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life limiting conditions) หรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ...” และองค์การอนามัยโลก ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ โดยเน้นการผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ ร่วมกับการดูแลทางกายและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ (World Health Organization [WHO], 2026) งานวิจัยในต่างประเทศชี้ให้เห็นชัดเจนว่า การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลดีต่อการลดภาวะตึงเครียดจากอาการที่เป็น (Symptom distress) เพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยส่งเสริมให้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Davis & Hui, 2017)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง คิดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2567) ด้วยการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ในปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นมา และกำหนดให้มีมาตรฐานใน 3 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการองค์กร ผู้ให้บริการ และการจัดบริการ การดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะ “หน่วยบริการกึ่งบ้าน-กึ่งสถานพยาบาล” ที่เชื่อมการดูแลระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมเยี่ยมบ้าน และชุมชน จุดเด่นคือสามารถให้การดูแลแบบองค์รวมตามบริบทของพื้นที่ จัดการอาการที่ซับซ้อน สนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น เสริมพลังผู้ดูแลในครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในสถานที่ตามความปรารถนา (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; World Health Organization [WHO], 2020) อย่างไรก็ตาม ภารกิจที่ครอบคลุมและเป็นระบบเกี่ยวกับความเหมาะสมของบริบท ทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์ของ สถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ยังมีอยู่จำกัด โดยเฉพาะข้อมูลเชิงพื้นที่ว่า รูปแบบบริการใดที่เหมาะสม กำลังคนและสมรรถนะใดที่จำเป็น โครงสร้างพื้นฐานและระบบส่งต่อแบบใด

ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการเป็นอย่างไร และผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการมีความพึงพอใจหรือไม่ อย่างไร ดังนั้นการประเมินผลเชิงระบบจึงเป็นกุญแจสำคัญเพื่อยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน และการจัดสรรทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ตลอดจนเพื่อเสนอข้อปรับปรุงเชิงนโยบายในระดับพื้นที่และระดับชาติมีความสำคัญ

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัดคือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ มีประชากรรวม 6,653,129 (กรมการปกครอง, 2567) และมีสัดส่วนผู้สูงอายุในหลายอำเภอสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ภูมิภาคนี้เผชิญความท้าทายทั้งจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ ความหนาแน่นประชากรในบางพื้นที่ ทรัพยากรกำลังคนสุขภาพจำกัด และความเหลื่อมล้ำด้านสังคมและเศรษฐกิจ การวิจัยนี้จึงมุ่งประเมินผลระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งผลการประเมินที่ได้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อกำหนดแนวทางยกระดับมาตรฐานคุณภาพบริการ พัฒนาและจัดสรรกำลังคน/ทรัพยากรให้เหมาะสม เสนอชุดตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับติดตามต่อเนื่อง และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระดับประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระครอบครัว และใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่า

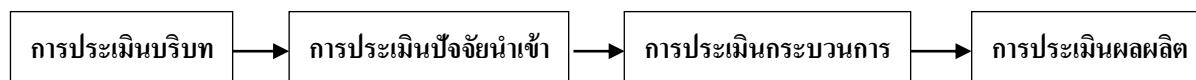
#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้ CIPP Model ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินการระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam ซึ่งเป็นการประเมินที่มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่องและครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context evaluation) ซึ่งเป็นการพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นในการดำเนินการ ประเด็นปัญหาต่างๆ และความเหมาะสมของระบบ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของระบบ ความเหมาะสม ความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ รวมถึงเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงาน และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้การดำเนินการต่อมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการประเมินด้านนี้จะมีประโยชน์ในการค้นหาจุดเด่น (Strengths) และจุดอ่อน (Weaknesses) ของระบบ และ การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ Stufflebeam (2003) กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) ที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน–30 พฤศจิกายน 2568

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือสถานชีวาภิบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านการประเมินและรับรองมาตรฐานสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาทั้งในระดับพื้นฐาน (ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน 13 ข้อ) และระดับดี (ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน 13 ข้อ และเกณฑ์ระดับดี 5 ข้อ) ซึ่งในปีงบประมาณ 2568 มีสถานชีวาภิบาลผ่านการประเมินและรับรองมาตรฐานจำนวน 48 แห่ง แบ่งเป็นสถานชีวาภิบาลในจังหวัดนครราชสีมา 5 แห่ง จังหวัดชัยภูมิ 4 แห่ง จังหวัดบุรีรัมย์ 30 แห่ง และจังหวัดสุรินทร์ 9 แห่ง การศึกษาค้นคว้านี้เก็บข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนากับสถานชีวาภิบาลที่เป็นประชากรทั้ง 48 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สถานชีวาภิบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา จังหวัดละ 2 แห่ง รวมจำนวน 8 แห่ง ที่ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจงโดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นสถานชีวาภิบาลในชุมชนหรือองค์กรศาสนา ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานฯ ในระดับพื้นฐานขึ้นไป 2) มีผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองและ/หรือการดูแลระยะท้าย 3) ผู้บริหารสถานชีวาภิบาลยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารสถานชีวาภิบาล (1 คน), ผู้ให้บริการในสถานชีวาภิบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (4 คน), ตัวแทนจากชุมชนในพื้นที่ของสถานชีวาภิบาล (1 คน), ผู้ประสานงานสถานชีวาภิบาลในระดับอำเภอ (1 คน) และระดับจังหวัด (1 คน), และผู้รับบริการและญาติ (2 คน) ผู้ให้ข้อมูลสถานชีวาภิบาลแต่ละแห่ง 10 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 80 คน

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย หมายเลขการรับรองจริยธรรม 876/2568 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอสถานชีวาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เก็บข้อมูล ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมได้โดยอิสระ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้จะมีการนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อและบทบาทตำแหน่งบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารและข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้หลังสิ้นสุดการวิจัยเป็นเวลา 1 ปี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา พัฒนาโดย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น ด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร 10 ข้อ ด้านที่ 2 มาตรฐานผู้ให้บริการ 2 ข้อ และด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการการดูแลผู้ป่วย 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ มี (1 คะแนน) และ ไม่มี (0 คะแนน) โดยสถานชีวภิบาลที่ผ่านการประเมินรับรองในระดับพื้นฐานต้องมีคะแนนรวมอย่างน้อย 13 คะแนน โดยผ่านการประเมินในด้านที่ 1 อย่างน้อย 6 ข้อ ด้านที่ 2 ทั้ง 2 ข้อ และด้านที่ 3 อย่างน้อย 4 ข้อ ส่วนสถานชีวภิบาลที่ผ่านการประเมินรับรองในระดับดี ต้องมีคะแนนรวม 18 คะแนน โดยผ่านการประเมินทุกด้านครบทุกข้อ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2567)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัย CIPP Model ประกอบด้วย

2.1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง สำหรับผู้บริหารสถานชีวภิบาล และแบบสนทนากลุ่มถึงโครงสร้าง สำหรับผู้ให้บริการ ตัวแทนจากชุมชนในพื้นที่ของสถานชีวภิบาล และผู้ประสานงานสถานชีวภิบาลในระดับอำเภอและระดับจังหวัด โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ในประเด็นบริบท (3 ข้อ เช่น “ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดตั้งและดำเนินการสถานชีวภิบาลอย่างไร”) ปัจจัยนำเข้า (3 ข้อ เช่น “งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานสถานชีวภิบาลมาจากแหล่งใดบ้าง จำนวนเท่าใด มีความเพียงพอหรือไม่”) กระบวนการ (3 ข้อ เช่น “มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานหรือกิจกรรม รวมถึงงบประมาณอย่างไรบ้าง และการตรวจสอบมีความต่อเนื่องหรือไม่”) ผลผลิตและผลลัพธ์ (3 ข้อ เช่น “ท่านคิดว่าผลการดำเนินงานของสถานชีวภิบาลเป็นอย่างไร”) และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ (3 ข้อ เช่น “โอกาสในการพัฒนาและส่งเสริมสถานชีวภิบาลให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคตเป็นอย่างไร”)

2.2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง สำหรับผู้รับบริการและญาติ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากสถานชีวภิบาล ความพึงพอใจ และปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลเป็นเวลามากกว่า 10 ปี โดยมีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหารสถานชีวาภิบาล แบบสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้บริการ ตัวแทนจากชุมชนในพื้นที่ของสถานชีวาภิบาล และผู้ประสานงานสถานชีวาภิบาลในระดับอำเภอและระดับจังหวัด และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้รับบริการและญาติ เท่ากับ 0.96, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา โดยการทดลองใช้กับสถานชีวาภิบาลในเขตสุขภาพอื่นที่ไม่ใช่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 30 แห่ง แล้วหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.70

เครื่องมือเชิงคุณภาพได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation)

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้บริหารสถานชีวาภิบาลหรือผู้ที่ผู้บริหรมอบหมายเป็นผู้ตอบแบบประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ซึ่งสถานชีวาภิบาลที่เป็นประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการรับรองเรียบร้อยแล้ว การให้ผู้บริหารสถานชีวาภิบาลตอบแบบประเมินมาตรฐานฯ อีกครั้งหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยที่สุดเมื่อได้แบบประเมินจากสถานชีวาภิบาลแต่ละแห่งเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้ง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะสอบถามข้อมูลจากผู้บริหารสถานชีวาภิบาลเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าว

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยหลังจากติดต่อสถานชีวาภิบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง ที่สถานชีวาภิบาลทั้ง 8 แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มมีความอิ่มตัว (Data Saturation) ประเด็นที่ได้รับเริ่มซ้ำเดิม เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบทั้ง 8 แห่ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้รับการวิเคราะห์ ผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การถอดเทป (Transcribing) แบบคำต่อคำ จัดพิมพ์ในไฟล์ MS Word และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล 2) กำหนดรหัสข้อมูล (Coding) 3) การแบ่งหมวดหมู่ข้อมูล (Categorizing) 4) การสรุปและตีความ (Interpretation) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา และมีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้โปรแกรม Taguette ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาพิจารณาตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดการวิจัย CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ องค์ประกอบของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงใน Joint Display Table ดังตารางที่

**ตารางที่ 1** Joint Display ของข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการประเมินผลระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนาตามกรอบแนวคิด CIPP Model

| แหล่งข้อมูล                                                      | บริบท                                        | ปัจจัยนำเข้า                                                                     | กระบวนการ                                | ผลผลิตและผลลัพธ์                          | ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ                                  |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| การประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา        | —                                            | มาตรฐานด้านที่ 1 และด้านที่ 2*                                                   | มาตรฐานด้านที่ 1 ด้านที่ 2 และด้านที่ 3* | —                                         | —                                                          |
| การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างสำหรับผู้บริหารสถานชีวาภิบาล       | ความจำเป็นประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของระบบฯ | ความเพียงพอเหมาะสมของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน     | กระบวนการจุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงาน  | ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการดูแลผู้ป่วย | ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการและการดำเนินการ |
| การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการตัวแทนชุมชนและผู้ประสานงานสถานชีวาภิบาล | ความจำเป็นประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของระบบฯ | ความเหมาะสมความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน | กระบวนการจุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงาน  | ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการดูแลผู้ป่วย | ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินการและการให้การดูแล   |

| แหล่งข้อมูล                                        | บริบท                                                        | ปัจจัยนำเข้า                                 | กระบวนการ                  | ผลผลิตและ<br>ผลลัพธ์                       | ปัญหาอุปสรรค<br>และข้อเสนอแนะ                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| การสัมภาษณ์เชิง<br>ลึกถึงโครงสร้าง<br>ผู้รับบริการ | ความจำเป็น<br>ประเด็นปัญหา<br>และความ<br>เหมาะสมของ<br>ระบบฯ | ความเพียงพอ<br>เหมาะสมของ<br>บริการที่ได้รับ | กระบวนการดูแล<br>ที่ได้รับ | ผลผลิตและ<br>ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น<br>การดูแล | ปัญหา อุปสรรค<br>และข้อเสนอแนะ<br>ในการรับบริการ |

หมายเหตุ ด้านที่ 1 มาตรฐานการบริการจัดการองค์กร; ด้านที่ 2 มาตรฐานผู้ให้บริการ และ ด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการ การดูแลผู้ป่วย

## ผลการวิจัย

ผลการประเมินระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคองในระยะท้ายของสถาน  
ชีวภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9

### 1. การประเมินบริบท (Context evaluation)

เขตสุขภาพที่ 9 มี 4 จังหวัด 88 อำเภอ นับถึงสิ้นสุดปีงบประมาณ 2568 มีสถานชีวภิบาลที่ผ่านการ  
ประเมินรับรองสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาทั้งหมด 48 แห่ง จาก 39 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ  
44.3 ของอำเภอทั้งหมด โดยจังหวัดที่มีสถานชีวภิบาลมากที่สุดคือจังหวัดบุรีรัมย์ (30 แห่ง) รองลงมาคือ  
จังหวัดสุรินทร์ (9 แห่ง) จังหวัดนครราชสีมา (5 แห่ง) และจังหวัดชัยภูมิ (4 แห่ง) อำเภอที่มีสถานชีวภิบาล  
มากกว่า 1 แห่ง ได้แก่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ (4 แห่ง) อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ (3 แห่ง)  
อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ (2 แห่ง) อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ (2 แห่ง) อำเภอปราสาท จังหวัด  
สุรินทร์ (2 แห่ง) และอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ (2 แห่ง) สถานชีวภิบาล

ในระดับเขตสุขภาพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กร  
ศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยตัวแทนจาก ศูนย์วิชาการ สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัด และโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อน สนับสนุน และส่งเสริมการดำเนินการจัดตั้ง การ  
ประเมินรับรอง กำกับติดตามประเมินผล สนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ ข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง  
แก่พื้นที่ การขับเคลื่อนงานสถานชีวภิบาลได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ตั้ง  
เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2568 ในประเด็นที่ 6: การจัดระบบ  
บริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ โดยกำหนดเป้าหมายให้มีสถานชีวภิบาลที่ผ่านการ  
ประเมินมาตรฐานอย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง ในระดับจังหวัด มีการขับเคลื่อนงานสถานชีวภิบาลโดย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง/องค์กร  
บริหารส่วนตำบล (อบต.) ในพื้นที่เป้าหมายจัดตั้งสถานชีวภิบาลเป็นผู้ดำเนินการหลัก การประเมินรับรอง  
สถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

การขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานชีวาภิบาลของเขตสุขภาพที่ 9 นับแต่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ในปีงบประมาณ 2567 จนถึงสิ้นสุดปีงบประมาณ 2568 (ระยะเวลา 2 ปี) มีสถานชีวาภิบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ผ่านการรับรองในระดับพื้นฐานแล้ว 39 แห่ง (ร้อยละ 81.25) ของสถานชีวาภิบาลที่ผ่านการรับรองทั้งหมด 48 แห่ง และผ่านการรับรองในระดับดี 9 แห่ง (ร้อยละ 18.75) ผลการประเมินรับรองจำแนกตามมาตรฐานบริการด้านต่าง ๆ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ผลการประเมินรับรองสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 จำแนกตามมาตรฐานบริการ (n=48)**

| มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา                                                                                                                                 | ระดับของมาตรฐาน | ผ่าน<br>n (%) | ไม่ผ่าน<br>n (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| <b>ด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร</b>                                                                                                                                   |                 |               |                  |
| <b>1.1 อาคารสถานที่</b>                                                                                                                                                         |                 |               |                  |
| ก. มีการจัดสภาพแวดล้อมเป็นสัดส่วนโดยคำนึงถึงความสงบ สะอาด สะอาด ปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จัดให้มีอุปกรณ์และบริการอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| ข. มีการจัดการขยะติดเชื้อตามหลักสุขาภิบาลที่เหมาะสม                                                                                                                             | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 1.2 มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ชัดเจน                                                                                                                              | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 1.3 มีการดำเนินงาน/มีกิจกรรมสอดคล้องกับการจัดบริการของสถานชีวาภิบาล                                                                                                             | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| <b>1.4 มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ</b>                                                                                                                                   |                 |               |                  |
| ก. มีระบบการจัดการข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน                                                                                                            | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| ข. มีหลักฐานแสดงการจัดการบัญชีและการเงินที่สามารถสอบทานได้                                                                                                                      | ดี              | 18 (37.5)     | 30 (62.5)        |
| ค. มีระบบทะเบียนครุภัณฑ์และระบบบำรุงรักษา                                                                                                                                       | ดี              | 20 (41.7)     | 28 (58.3)        |
| <b>1.5 มีระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและข้อร้องเรียน</b>                                                                                                                     |                 |               |                  |
| ก. มีระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัย เช่น ระบบปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระบบป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น                                                                                    | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| ข. มีช่องทางการรับข้อร้องเรียนที่เข้าถึงได้ง่ายและมีระบบการจัดการข้อร้องเรียนตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและสามารถแสดงหลักฐานได้                                                    | ดี              | 32 (66.7)     | 16 (33.3)        |
| 1.6 มีการกำหนดหน่วยรับบริการในการส่งต่อเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยและมีช่องทางในการติดต่อกลับเพื่อรับการปรึกษา                                                                    | พื้นฐาน         | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |

| มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา                                                                                                                                                                                 | ระดับของ<br>มาตรฐาน | ผ่าน<br>n (%) | ไม่ผ่าน<br>n (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|------------------|
| <b>ด้านที่ 2 มาตรฐานของผู้ให้บริการ</b>                                                                                                                                                                                         |                     |               |                  |
| 2.1 ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติครบถ้วนและผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด                                                                                                                                                    | พื้นฐาน             | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 2.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตหน้าที่ของผู้ให้บริการชัดเจน                                                                                                                                                                 | พื้นฐาน             | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| <b>ด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการการดูแลผู้ป่วย</b>                                                                                                                                                                              |                     |               |                  |
| 3.1 มีการจัดทำแผนบริการการดูแลหรือการดูแลแบบประคับประคองหรือระยะท้าย โดยทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับผู้มีอำนาจของสถานชีวาภิบาลเป็นลายลักษณ์อักษร                                                                             | พื้นฐาน             | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 3.2 มีการบันทึกการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล                                                                                                                                                                                | พื้นฐาน             | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 3.3 มีขั้นตอน/แนวทางการปฏิบัติรับส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาลกับโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในพื้นที่                                                                                                                                 | พื้นฐาน             | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 3.4 มีการจัดบริการครบทั้ง 4 ด้าน คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ                                                                                                                                                                 | พื้นฐาน             | 48 (100.0)    | 0 (0.0)          |
| 3.5 มีการให้ข้อมูลและดำเนินการจัดทำ Living will ตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้กับผู้ป่วยและญาติ และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาในสิทธิตามมาตรา 12                                                  | ดี                  | 31 (64.6)     | 17 (35.4)        |
| 3.6 มีระบบสนับสนุนอื่นที่สนับสนุนหรือยกระดับคุณภาพบริการให้หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น เช่น ระบบดูแลผู้ให้บริการจิตอาสา การดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคประชาสังคมและชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมสนับสนุน | ดี                  | 26 (54.2)     | 22 (45.8)        |

ในระดับพื้นที่ การจัดตั้งและดำเนินงานของสถานชีวาภิบาลขึ้นกับความสอดคล้องของนโยบายและความต้องการของชุมชน พบว่าสถานชีวาภิบาลจัดตั้งขึ้นเพื่อ “ลดภาระของระบบสาธารณสุขหลัก” และรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างระหว่างแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการดูแลทางร่างกายและจิตใจเป็นหลัก กับแนวคิดของสถานชีวาภิบาลในองค์กรศาสนาที่เน้นมิติจิตวิญญาณ ดังกล่าวไว้ว่า

“การดำเนินงานสถานชีวาภิบาล สอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในบริบทมันก็มีข้อแตกต่างในเรื่องจิตวิญญาณ ซึ่งน้ำหนักตรงนี้สำคัญ” (ผู้ให้ข้อมูลจากชัยภูมิ)

และการเตรียมตัวตายอย่างมีคุณภาพ และชุมชนส่วนใหญ่ต้องการเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านหรือในวัดมากกว่าในโรงพยาบาล เนื่องจากความคุ้นเคยกับบุคคลและสถานที่ และความต้องการตายในถิ่นพำนักของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“...อย่างที่เราอาจารย์ท่านพูดนะคะ นอนคืนเดียวพอมีแรงก็ลุกกลับวัดแล้ว เพราะท่านก็อยากไปอยู่ในพื้นที่ของท่าน เราเหมือนกัน อยากตายที่เตียงตัวเองแบบนั้นนะค่ะ เพราะที่มันเป็นที่ที่เรามีพลังงานแห่งความสุขอยู่นะ...” (ผู้ให้ข้อมูลจากบุรีรัมย์)

“บริบทเราก็คือสามารถดูแลทุกคนยังอยากอยู่บ้านตัวเอง... คุณต้องมีสถานที่ตัวนี้รองรับ” (ผู้ให้ข้อมูลจากนครราชสีมา)

## 2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

สถานชีวาภิบาลแต่ละแห่งมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager-CM) เป็นผู้ประเมิน (Assessment) จัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และประเมินผลการดูแลตามแผน (Evaluation) โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver-CG) และอาสาสมัครบริบาลชุมชน (Care Community-CC) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย สถานชีวาภิบาลในองค์กรศาสนาจะมีพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด-พระ อสว.) อย่างน้อย 1 รูป ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัยหรือกรมการแพทย์ เป็นผู้ให้การดูแลพระภิกษุอาพาธ ในจำนวนสถานชีวาภิบาลทั้ง 48 แห่ง มีเพียง 13 แห่ง (ร้อยละ 27.1) ที่มีผู้ป่วยระยะประคับประคองและ/หรือผู้ป่วยระยะท้าย สถานชีวาภิบาลที่มีผู้ป่วยมากที่สุด มีผู้ป่วยจำนวน 44 คน น้อยที่สุดมีผู้ป่วย 1 คน

ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุถึงข้อจำกัดและความท้าทายในด้านทรัพยากรอย่างชัดเจน ในประเด็นของงบประมาณ ซึ่งส่วนใหญ่พึ่งพาเงินบริจาคจากศรัทธาของญาติโยมและกองทุนในวัด ในขณะที่งบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ (สปสช.) ถูกมองว่าไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานจริง (10,442 บาท ต่อคนต่อปี) และขั้นตอนการเบิกจ่ายที่ล่าช้า สำหรับด้านบุคลากร พบความร่วมมือระหว่าง CM, CG, CC และพระคิลานุปัฏฐาก แต่พบปัญหาเรื่องค่าตอบแทนของ CG ที่น้อยเกินไปและภาระงานที่หนัก ทำให้หาคนมาทำงานได้ยาก สำหรับหลักสูตรการอบรม พบว่า หลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากที่ใช้ในการอบรมพระสงฆ์ เน้นเนื้อหาด้านการแพทย์มากเกินไป (เช่น การทำ CPR) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้ป่วยและญาติแสดงเจตจำนงค์ไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าหลักสูตรยังขาดขาดมิติด้านการดูแลจิตวิญญาณซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ดังคำกล่าว

“เงินที่ได้จากทั้งหมดนี่คือบริจาค 100 เปอร์เซ็นต์... กระทั่งเงินค่าตอบแทนผู้ดูแลที่เราจัดหาให้เขา” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดชัยภูมิ) และ

“80 เปอร์เซ็นต์ของที่นี่คือการกู้ชีวิตขึ้นมา คือจะทำพระให้เป็นหมอ...อาตมาเห็นว่ามันไม่ค่อยเหมาะ พอถึงเรื่องจิตวิญญาณมันไปไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดนครราชสีมา)

### 3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบกระบวนการดำเนินงานที่มีระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและสถานชีวาภิบาล แต่ยังพบอุปสรรคในแง่ความชัดเจนในเชิงโครงสร้าง เนื่องจากนโยบายการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์การศาสนา เป็นนโยบายที่ค่อนข้างใหม่ ระบบบริหารจัดการหลายประเด็น เช่น การกำหนดคุณสมบัติการรับผู้ป่วยเข้าสู่สถานชีวาภิบาล ขึ้นกับนโยบาย ความพร้อม และสถานที่ตั้งของสถานชีวาภิบาล ซึ่งแต่ละแห่งมีนโยบายที่แตกต่างกัน การประสานงานในบางพื้นที่ เช่น สถานชีวาภิบาลวัดสวนป่ารักษ์น้ำ อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์ มีระบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และสถานชีวาภิบาลที่เข้มแข็ง แต่ในพื้นที่อื่นยังพบปัญหาช่องว่างในการสื่อสารระหว่างวัดกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงความสับสนในบทบาทหน้าที่ ดังคำกล่าว

“ปัญหาในเรื่องของระบบ ปัญหาในเรื่องของระบบของชีวาภิบาลเอง... ขาดการประสานงาน ขาดการเชื่อมต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดชัยภูมิ)

เกณฑ์การรับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกำหนดให้ชัดเจนและสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและศักยภาพของสถานชีวาภิบาล หลายแห่งมีการกำหนดเกณฑ์รับเข้าที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยไว้เป็นภาระของสถานชีวาภิบาล เช่น ไม่รับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือต้องมีการทำ Living Will (หนังสือแสดงเจตนาเพื่อปฏิเสธการยื้อชีวิต) ให้เรียบร้อยก่อนรับเข้า เป็นต้น สำหรับภาระงานเอกสาร พบว่า ระบบการขึ้นทะเบียนและการรายงานผลถูกมองว่าเป็นภาระมากกว่าเป็นตัวช่วยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ดังคำกล่าว

“มันมีกระบวนการ มีขั้นตอนในการที่จะต้องขึ้นทะเบียน... มันเป็นภาระมากกว่าเป็นตัวช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดสุรินทร์)

### 4. การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ (Outcome evaluation)

ด้วยลักษณะของผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล จะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลระยะท้าย ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลจึงไม่ใช่เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการดำเนินของโรค สามารถยอมรับผลสุดท้ายนั้นปลายชีวิต มีความสงบ ยอมรับว่าจุดหมายสุดท้ายของทุกคนคือความตาย ทำอย่างไรจึงจะเผชิญกับความตายอย่างมีสติ สำหรับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเกิดจากการยอมรับในความเจ็บป่วย และยาที่ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น ยาแก้ปวด มอร์ฟีน เป็นต้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงความสำเร็จในเชิงคุณภาพชีวิตและการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชีวิต ได้แก่

การตายดี (Dying Well): ผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลสามารถจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีตามความประสงค์ของตนเอง

การสร้างคามเข้มแข็งในชุมชน: เกิดกลุ่มจิตอาสาและครูจิตอาสาที่ดูแลกันเองระหว่างคนในชุมชน (เพื่อนเยี่ยมเพื่อน) ทำให้เกิดความอึดใจและภูมิใจในภูมิปัญญาของท้องถิ่น

ความยั่งยืน: รูปแบบที่วัดเป็นศูนย์กลางช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุในชุมชนว่าจะมีที่พึ่งในวาระสุดท้าย ดังคำกล่าว

“ผู้ป่วย... ตายอย่างสงบ... เราสอนเขา อธิบายเขา เขาก็ไปอย่างสงบ ไม่ถึง 10 นาทีเขาก็ไป” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดนครราชสีมา) และ

“ความมั่งคั่งและความภูมิใจ... มันคือความอบอุ่น มันคือความเข้มแข็ง มันคือการพึ่งตนเอง และมันคือความยั่งยืน” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดชัยภูมิ)

**ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประครองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9**

#### 1. ปัญหาอุปสรรคในการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล

พบว่ามาตรฐานและระเบียบของการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลบางข้อไม่สอดคล้องกับบริบทของวัด: มาตรฐานที่ภาครัฐกำหนดมักถอดแบบมาจากโรงพยาบาล ทำให้ยากต่อการนำมาปฏิบัติในวัดที่มีโครงสร้างและบุคลากรต่างจากหน่วยบริการสาธารณสุข ดังคำกล่าว

“การบริหารองค์กร เนี่ย มันก็ถอดแบบมาจากหน่วยบริการคือ โรงพยาบาล... มาตรฐาน ตัวนี้เขียนออกมาแล้ว... มันจะไปต่อไม่ได้เนาะ สถานที่ในวัดมันไปต่อไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดนครราชสีมา)

ประเด็นด้านงบประมาณเริ่มต้นและเงินทุนหมุนเวียน: การจัดตั้งต้องใช้ทุนสูงในการปรับปรุงอาคารตามมาตรฐาน (เช่น ระบบกำจัดขยะ ระบบระบายอากาศ) ซึ่งส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาศรัทธาและเงินบริจาค เนื่องจากยังไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ (เงินสนับสนุนรายหัวจาก สปสช.) ในช่วงแรก ดังคำกล่าว

“ที่ฝึก... ดัดพัฒลมดุดอากาศตัวใหญ่... ทุนเริ่มต้นก็เกิดจากที่ทำผ้าป่า... อะไรที่เราขอได้จากส่วนกลางเราก็ขอเนาะ ซึ่งบางส่วนอื่นจะไม่มี” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดชัยภูมิ)

ความสับสนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเครือข่าย: ในช่วงเริ่มต้น หลายหน่วยงานยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ทำให้เกิดสถานะสุญญากาศในการประสานงาน ดังคำกล่าว

“มันเกิดสุญญากาศ เกิดช่องว่าง ไม่รู้จะคุยกับใคร ทางนั้นก็ไม่เข้ามา แล้วเราก็ไม่รู้จะไปหาใคร” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดสุรินทร์)

#### 2. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการสถานชีวาภิบาล

ภาระงานเอกสารและขั้นตอนการขึ้นทะเบียน: ขั้นตอนการรายงานผลเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณ (สปสช.) ถูกมองว่าเป็นภาระอย่างมากสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานชีวาภิบาล ดังคำกล่าว

“การทำเอกสารเนี่ย ในแต่ละเดือนนะครับ มันก็กองขนาดเนี่ยครับ... ไหนจะดูแล ทำแคร์แพลน ดูแลไม่พอ ก็มาทำเอกสารเรื่อง ก่อหนี้... ซึ่งไม่ต้องทำอะไรครับ ทำเอกสารเลยเดี๋ยวก็นัดปีแล้วครับ” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดสุรินทร์)

การขาดแคลนและค่าตอบแทนของผู้ดูแล (CG/CC): ผู้ดูแลมักเป็นจิตอาสาหรือ อสม. ซึ่งมีภาระงานหนักแต่ได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ทำให้หาคนทำงานได้ยากและมีการลาออกบ่อย ดังคำกล่าว

“ค่าตอบแทน 5,000-6,000 เนี่ย มัน มันน้อยเกินไปมัยยะ... ค่าแรงขั้นต่ำ 9,000 ไปจ้างเขา 5,000 ถ้าเป็นเราจะไปมัยยะ” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดนครราชสีมา)

การจัดการขยะติดเชื้อและระบบสนับสนุนทางการแพทย์: วัดมักมีปัญหาในการกำจัดขยะติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น และบางครั้งขาดการสนับสนุนด้านยา (เช่น มอร์ฟีน) หรือรถฉุกเฉินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

### 3. ปัญหาอุปสรรคในการธำรงรักษาและความยั่งยืน

งบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐไม่เพียงพอ: เงินอุดหนุนรายหัว (10,442 บาท ต่อคนต่อปี) ถูกมองว่าต่ำเกินไปเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายจริงในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดังคำกล่าว

“งบดำเนินงาน... น้อยมากครับ ประมาณ 10,000 ต่อ หัวต่อปี... ซึ่งไม่พอจริงๆ” (ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดชัยภูมิ)

การยึดติดกับตัวบุคคล (ผู้นำ): หลายแห่งขับเคลื่อนด้วยบารมีหรือความทุ่มเทของเจ้าอาวาสหรือผู้นำเพียงคนเดียว หากสิ้นผู้นำไป ระบบอาจล่มสลายได้ ดังคำกล่าว

“หากวันหนึ่งวันใดเนี่ย พระอาจารย์ตายไปนี่ ตรงนี้มันก็ตายตามพระอาจารย์... เราจึงอยากจะให้ตัวเราตายก็จริง แต่อยู่เบื้องหลังการขับเคลื่อน” (ผู้ให้ข้อมูลจังหวัดนครราชสีมา)

ทัศนคติและอคติของคนในพื้นที่/หน่วยงาน: บางพื้นที่ยังมีการร้องเรียนเนื่องจากไม่เข้าใจกฎหมาย (เช่น พระจำพรรษาในที่ที่ไม่ใช่วัด) หรือมองว่าสถานชีวาภิบาลจะเป็นภาระของระบบสาธารณสุขเดิม ดังคำกล่าว

“เป็นการร้องมาถามว่า ที่ตรงนี้ เนี่ย ไม่ใช่วัด แล้วตั้งสถานชีวาภิบาลได้หรือ... โรงพยาบาลก็คุยกัน... จะกลายมาเป็นเพิ่มภาระให้เขาอีกทำไม” (ผู้ให้ข้อมูลจังหวัดชัยภูมิ)

ความเสี่ยงทางกฎหมายและการฟ้องร้อง: ผู้ปฏิบัติงานกังวลเรื่องการฟ้องร้องจากญาติหากผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้รับการ “อื้อชีวิต” ตามมาตรฐานการแพทย์ทั่วไป จึงจำเป็นต้องมีระบบ Living Will ที่รัดกุม

“ตำรวจถามว่า มีประกันชีวิตมัย... ถ้ามีนี่ ชુંเลยนะ... ก็เราต้องตัดตอนตั้งแต่ต้นว่า มีกรรมธรรม์อะไรก็แล้วแต่ให้เวนคืนซะ เราไม่เอา” (ผู้ให้ข้อมูลจังหวัดนครราชสีมา)

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9

#### 1. การปรับปรุงมาตรฐานและระเบียบให้สอดคล้องกับบริบทของวัดและชุมชน

ควรปรับปรุงตัวชี้วัดและมาตรฐานการประเมินที่ไม่ยึดติดกับรูปแบบโรงพยาบาลมากเกินไป แต่ควรเน้นที่ศักยภาพของวัดในด้านมิติจิตวิญญาณ รวมถึงการลดภาระงานเอกสารที่ซับซ้อนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

## 2. การพัฒนาหลักสูตรและการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร (CG/CM/พระคิลานุปัฏฐาก)

ควรพัฒนาหลักสูตรการอบรมที่เน้นทักษะการดูแลจิตวิญญาณและการเตรียมตัวตายอย่างสงบ มากกว่าแค่การกู้ชีพทางการแพทย์ (CPR) นอกจากนี้ ต้องปรับเพิ่มค่าตอบแทนของผู้ดูแล (CG) ให้เหมาะสมกับค่าแรงขั้นต่ำและภาระงาน เพื่อป้องกันการลาออกและสร้างความยั่งยืนในระบบ

## 3. การสร้างระบบเครือข่ายและการประสานงานที่ชัดเจน

ควรจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและอำเภอเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย และท้องถิ่น โดยโรงพยาบาลควรสนับสนุนด้านการแพทย์ เช่น การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (Care Plan) การจัดการระบบยาแก้ปวด (Morphine) และการจัดการขยะติดเชื้อ

## 4. การสร้างความยั่งยืนทางการเงินและทรัพยากร

ส่งเสริมการจัดตั้ง "กองทุนสถานชีวาภิบาล" ในระดับชุมชนที่ผสมผสานระหว่างงบประมาณรัฐ (สปสช.) และเงินบริจาค และเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) เข้ามาเป็นเจ้าภาพหลักในระยะยาวเพื่อให้มีงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่อง

## 5. การยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านการวางแผนล่วงหน้า (Living Will)

รณรงค์ให้ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางทำ “หนังสือแสดงเจตนา (Living Will)” ตั้งแต่ตอนที่ยังมีสติสัมปชัญญะ เพื่อลดการซื้อชีวิตโดยไม่จำเป็นและช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี รวมถึงจัดระบบ “ธนาคารอุปการณ” เพื่อให้ยืมใช้ในชุมชน

## 6. การบูรณาการร่วมกับงานพัฒนาสังคม (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์-พม.)

ควรมีระบบคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางหรือไร้ญาติผ่านนักสังคมสงเคราะห์และ พมจ. เพื่อเช็กสิทธิและทรัพย์สินก่อนรับเข้าสถานชีวาภิบาล เพื่อให้การช่วยเหลือตรงจุดและป้องกันปัญหาการทอดทิ้ง

## อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคองในระยะท้ายของสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า มีนโยบายการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยทุกระดับมีการเชื่อมประสานกัน ในระดับประเทศและเขตสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม จังหวัดอาจมีการกำหนดเป้าหมายเพิ่มเติมจากเป้าหมายระดับประเทศและเขตสุขภาพ เช่น จังหวัด

บุรีรัมย์มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลอย่างน้อย 1 แห่งต่ออำเภอตามความพร้อมของพื้นที่ ส่งผลให้จังหวัดมีจำนวนสถานชีวาภิบาลในทุกอำเภอ

การประเมินบริบทของสถานชีวาภิบาลพบว่า ความครอบคลุมของสถานชีวาภิบาล 48 แห่งใน 39 อำเภอ จากจำนวนอำเภอทั้งหมด 88 อำเภอ คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ 44.3 ซึ่งประเมินว่ายังขาดความครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง และมอบหมายให้ทุกเขตสุขภาพจัดตั้งคณะกรรมการประเมินรับรองสถานชีวาภิบาลโดยมีศูนย์อนามัยเขตของกรมอนามัยเป็นผู้ออกไปประกาศนียบัตรรับรอง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567) ร่วมกับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จะช่วยเพิ่มความครอบคลุมของสถานชีวาภิบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ได้ จุดมุ่งหมายของสถานชีวาภิบาลคือ “ลดภาระของระบบสาธารณสุขหลัก” สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าระบบดูแลแบบประคับประคองที่บ้านช่วยให้อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลลดลง มีการทำงานร่วมกันของเครือข่ายมากขึ้น และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชน (ธีราภรณ์ จันทรดา และคณะ, 2560) ชุมชนมีความเห็นว่า การเตรียมตัวสำหรับระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องการอยู่ที่บ้านหรือวัด (กรณีเป็นพระสงฆ์) มากกว่าอยู่ที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม วรณัฐ จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2565) ระบุว่า แม้จะเป็นในชุมชนหรือวัดก็ต้องมีความพร้อม เช่น บ้านที่สะอาด มุมที่ปลอดโปร่ง แสงสว่างเพียงพอ มีการปรับปรุงห้องน้ำให้เหมาะในการใช้งาน รวมถึงญาติผู้ดูแลต้องมีทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วย เช่น การเช็ดตัว การดูแลให้อาหารทางสายยาง การพลิกตัวผู้ป่วย รวมถึงช่องทางการติดต่อในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของสถานชีวาภิบาล มีความสำคัญทั้งในแง่ของสถานที่และบุคลากร

ในการประเมินปัจจัยนำเข้า ประเด็นความท้าทายด้านบุคลากรเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลจากสถานชีวาภิบาลทุกแห่งกล่าวถึงในแง่ของสำคัญในการเตรียมคนไว้ให้พร้อม ทั้งจำนวนและคุณภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ (2566) และชมพูนุช พายุหะ และคณะ (2568) ที่เน้นย้ำถึงสิ่งจำเป็นในโครงสร้างของระบบบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล (Human resources) ลักษณะขององค์กรหรือระบบที่ดี (Organizational characteristics) และทรัพยากรเครื่องมือ (Material resources) นอกจากนี้ งบประมาณสนับสนุนทั้งในระยะก่อตั้งและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการสถานชีวาภิบาลมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่เน้นย้ำถึงทรัพยากรและการบริหารจัดการ (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2562; ธีราภรณ์ จันทรดา และคณะ, 2560; วรณัฐ จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง, 2565) นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและประคับประคองมีความสำคัญยิ่ง การศึกษาในหลักสูตร หากไม่มีเนื้อหาเตรียมความพร้อมในประเด็นเหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องผ่านหลักสูตรระยะสั้นเพื่อให้มีความสามารถในการ

การดูแลและเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยระยะท้ายและญาติได้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2562; ชลธิรา ศรีสวัสดิ์, 2568; พัทธราภรณ์ ทะเกียง และคณะ, 2567)

ประเด็นสำคัญที่พบจากการประเมินกระบวนการในการกำหนดเกณฑ์รับที่ชัดเจน ระบบการบริหารจัดการและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการบริหารจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนอแนะการจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care center: COC) เพื่อบริหารจัดการ เคียงผู้ป่วย เคียงลม เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe pump อุปกรณ์ทำแผล ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ เป็นต้น (จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ, 2566; ธีรภรณ์ จันทร์ดา และคณะ, 2560; MacRae et al., 2020; van Heerden, 2022)

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวภิบาลจะเน้นที่คุณภาพชีวิต และการตายดี (Dying well) ซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรม อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาเสนอตัวอย่างของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เป็นสิ่งที่เข้าใจง่ายและสามารถวัดได้ เช่น ความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยและครอบครัว คือการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน ไม่เจ็บปวดมากจากอาการของโรค ได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ได้รับประทานสิ่งที่อยากรับประทาน ได้พบญาติที่อยากพบ และได้ไปสถานที่ที่อยากไปเป็นครั้งสุดท้ายก่อนจากไป หรือการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น (ยุพิน ถนัดวิชย์และนนทกร ดำรงค์, 2561; วรณช จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง, 2565; ศรีเพ็ญ ชื่นประเสริฐ และคณะ, 2559)

ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการศึกษาประเด็นหนึ่งคือเกณฑ์มาตรฐานการประเมินเพื่อรับรองสถานชีวภิบาลไม่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทในชุมชนมากนัก ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งแสดงความเห็นว่เกณฑ์มาตรฐานเน้นที่รูปแบบของที่ตั้งในโรงพยาบาลมากกว่าที่ตั้งในชุมชนหรือองค์กรศาสนา ประเด็นดังกล่าวควรมีการศึกษารูปแบบที่หลากหลายเพื่อให้พื้นที่สามารถเลือกได้ตามบริบทที่ต้องการ ดังการศึกษาของ ปิยะวรรณ โภคพลภรณ์ (2560) และ Bennet and Cook (2019) ที่เสนอรูปแบบที่หลากหลาย เช่น รูปแบบที่ดำเนินโดยองค์กรทางศาสนา รูปแบบการดูแลที่บ้านหรือชุมชน รูปแบบการดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล และรูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ Hospice care เป็นต้น

ข้อเสนอแนะประเด็นการวางแผนล่วงหน้าหรือการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) เป็นประเด็นที่ผู้บริหารสถานชีวภิบาล และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลายแห่งแสดงความห่วงใยถึงความเข้าใจและข้อปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมทางกฎหมาย ทั้งนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จอนพะจง เพ็งจาด และคณะ (2568) ที่พบว่า ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในชุมชนชนบทยังไม่รู้ว่ามีการทำหนังสือแสดงเจตนา มีความเชื่อว่าเป็นการเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว ยังไม่มีความจำเป็นในขณะนี้ และยังไม่พบรูปแบบหรือตัวอย่างที่ถูกต้อง ซึ่งประเด็นนี้ถือว่าเป็นช่องว่าง (Gap) ของการพัฒนาศูนย์บริการที่เกี่ยวข้องกับสถานชีวภิบาล ทั้งผู้ป่วยและญาติ และผู้ให้การดูแล ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้ Living will เป็นสื่อกลางที่แสดงเจตนาของผู้ป่วยในการปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะที่บกพร่องแล้ว

เมื่อการดำเนินของโรคก้าวหน้ามากขึ้นและเป็นเอกสารที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการทำงาน (ฐาณูร กาญจนโกศล, 2567; พิลิชฐ์ ศรีอัคคโกลิน, 2567)

### จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการประเมินรับรองสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาครบทั้ง 48 แห่งในเขตสุขภาพที่ 9 ทำให้เห็นถึงภาพรวมของการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสถานชีวภิบาล ได้แก่ ผู้บริหารสถานชีวภิบาล ผู้ให้บริการ ผู้แทนชุมชนที่เป็นที่ตั้งของสถานชีวภิบาล ผู้ประสานงานในระดับอำเภอและระดับจังหวัด และผู้รับบริการ จึงได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและครบถ้วนตามกรอบแนวคิด CIPP Model

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ผลการศึกษาจึงสะท้อนสภาพความเป็นจริงของการดำเนินงานในระยะเวลาใดระยะเวลาหนึ่ง นอกจากนี้ การให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายอาจได้รับผลกระทบอคติการตอบตามความคาดหวังของสังคม (Social desirability bias) ทั้งนี้ ผู้วิจัยลดอคตินี้ด้วยการให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น มิได้มีผลกระทบต่อการจัดสรรกำลังคนและงบประมาณ หรือการเทียบเคียงคุณภาพ (Quality benchmarking) ระหว่างสถานชีวภิบาลด้วยกัน ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการขาดข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยประทับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งอยู่นอกขอบเขตของการศึกษานี้ และเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

### สรุปผลการวิจัย

ผลการประเมินระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลระดับประคองในระยะท้ายของสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา เขตสุขภาพที่ 9 ด้านบริบท พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีคณะกรรมการประเมินสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาในระดับเขต การขับเคลื่อนจะเป็นความร่วมมือกันระหว่างเขตสุขภาพ จังหวัด และพื้นที่ ผลการขับเคลื่อนในระยะเวลา 2 ปี มีสถานชีวภิบาลที่ผ่านการประเมินรับรองจำนวน 48 แห่ง ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวภิบาลประกอบด้วย ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อาสาสมัครบริบาลชุมชน (CC) และพระภิกษุสามเณร เพียงพอในการดูแล แต่พบข้อจำกัดและความท้าทายในการจัดหาทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุน ทั้งในขั้นตอนการก่อตั้ง และการดำเนินการ ด้านกระบวนการ พบความหลากหลายทั้งเกณฑ์การรับผู้ป่วย และรูปแบบการดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของพื้นที่ที่ตั้งสถานชีวภิบาลนั้น และด้านผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่า สถานชีวภิบาลทุกแห่งบรรลุเป้าหมายการจัดตั้ง คือการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยระยะท้ายให้มีความสงบและเผชิญความตายอย่างมีสติ หอมหวน

และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ประกอบด้วย ปัญหาอุปสรรคในการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล การดำเนินการ และการธำรงรักษาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงมาตรฐานและระเบียบให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ มีการพัฒนาหลักสูตรอบรมและสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย สร้างระบบเครือข่ายการประสานงานที่ชัดเจน สร้างความยั่งยืนทางการเงินและทรัพยากร และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านกระบวนการจัดทำ Living Will เพื่อให้สถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนามีคุณภาพและมีความยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่วนกลางควรมีนโยบายส่งเสริมการขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สถานชีวาภิบาลที่ได้รับการรับรองแล้วมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และพื้นที่ที่ยังไม่มีสถานชีวาภิบาลได้มีการจัดตั้งเพื่อให้มีความครอบคลุมพื้นที่ยิ่งขึ้น
2. ควรมีการพิจารณางบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล เนื่องจากปัจจุบัน สถานชีวาภิบาลได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผ่านการจัดตั้งได้รับการประเมินรับรอง และมีการขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการองค์กรภาคประชาชน ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ข้อ 3: บริการดูแลระดับประคองระยะท้ายและชีวาภิบาล” ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำหรับพื้นที่ที่ต้องการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลแต่ไม่มีงบประมาณประเดิมในการจัดตั้ง
3. กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานสถานชีวาภิบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ผู้ให้บริการในสถานชีวาภิบาลคือผู้ปฏิบัติงานกลุ่มเดียวกันกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care: LTC) และผู้ป่วย LTC มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในเวลาต่อมา ดังนั้น หลักสูตรอบรมผู้ให้บริการในระบบ LTC เช่น CM, CG และ CC ควรได้รับการอบรมในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะมาปฏิบัติงานในสถานชีวาภิบาล เช่น การอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อาสาสมัครบริบาลชุมชน (CC) ควรมีเนื้อหาที่เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาเป็นระดับภาคหรือระดับประเทศ เนื่องรูปแบบการดำเนินการของสถานชีวาภิบาลมีความหลากหลาย ตามบริบทของพื้นที่ นโยบายของสถานชีวาภิบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายจะทำให้ทราบรูปแบบแนวทาง และสามารถนำมาพัฒนาเป็นนโยบายระดับประเทศได้ครอบคลุมประเด็นการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น
2. ควรวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานสถานชีวาภิบาล (Cost analysis) เพื่อทราบต้นทุนการดำเนินงานและสามารถเสนอแนะเชิงนโยบายให้มีการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อให้สถานชีวาภิบาลมีความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้ายในสถานชีวาภิบาล ในประเด็นคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์การดำเนินชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

### คำแถลงการใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มิได้ประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดัดแปลง ปรับปรุง หรือแก้ไข ในกระบวนการใด ๆ ตลอดการจัดทำ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2567). สถิติจำนวนประชากรและการจดทะเบียนราษฎร (ทะเบียนราษฎร/การเกิด-ตาย).  
กรมการปกครอง. <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024. กระทรวงสาธารณสุข.  
[https://phdb.moph.go.th/main/upload/web\\_news\\_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf](https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf)
- กิตติกร นิลมานัต, มลธิรา อุดชุมพิสัย, ภัทรสิริ พจมานพงศ์, และนิภา นิยมไทย. (2562). การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(2), 76-93.
- จนพะจง เฟื่องจาด, ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, และสุชาดา ทวีสิทธิ์. (2568). การรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในชุมชนชนบท จังหวัดภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 43(4), e282170.

- จุฬารัตน์ สิริยาทัย, ชนิดา ชนะขว้าง, ภักัสสร รัชตโสทธิ, และปิยวัฒน์ รัตนพันธ์. (2566). ผลของการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(3), 450-460.
- ชมพูนุช พายุหะ, สิริมาพร นาสพัฒน์, เพราพนิต สอนสิทธิ์, และกาญจนา จันทะนุย. (2568). การพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวิภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 47-59.
- ชลธิรา ศรีสวัสดิ์. (2568). การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 19(1), 1-16.
- ฐาตุร กาญจโนภาส, และศรัณย์ ธนพถวิวงศ์. (2567). การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ. *Rama Med J*, 47(4), 46-60.
- ธีรภรณ์ จันทรดา, จอนพะจง เฟื่องจาด, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, อัจฉริยา ปทุมวัน, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, ประครอง อินทรสมบัติ, และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2560). ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง: บริบทภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสภาภาษาไทย*, 10(2), 87-102.
- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. (2563, 6 พฤศจิกายน ). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 137, ตอนพิเศษ 261 ง, หน้า 3.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 40-51.
- พัชรภรณ์ ทะเกียง, อรุมา อินทะนงลักษณ์, ภากิน บุญพิชาชาญ, อรัญญา นามวงศ์, และจรรยา แก้วใจบุญ. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(3), 1-20.
- พิสิษฐ์ ศรีอัครโกสิน. (2567). หลักกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวิภิบาล. *วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 53(1), 254-289.
- ยุพิน ถนัคณิษฐ์, และนนทกร ดำนงค์. (2561). รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. <https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/3891>
- วรณัฐ จันทะบุรณ์, และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. (2565). ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 14(28), 151-165.

ศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ, ทศนีย์ เชื้อมทอง, และสุปราณี ศรีพลวงษ์. (2559). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประทับประคอง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(4), 326-339.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2567). *มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา*. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.

Bennett, C., & Cook, N. (2019). Palliative care services at home: Viewpoint from a multidocor practice. *The Veterinary clinics of North America. Small animal practice*, 49(3), 529–551.  
<https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2019.01.018>

Davis, M. P., & Hui, D. (2017). Quality of Life in Palliative Care. *Expert review of quality of life in cancer care*, 2(6), 293–302. <https://doi.org/10.1080/23809000.2017.1400911>

MacRae, M. C., Fazal, O., & O'Donovan, J. (2020). Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: A systematic scoping review of the literature. *BMJ global health*, 5(5), e002368. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002368>

Stufflebeam, D.L. (2000). The CIPP Model for Evaluation. In: Stufflebeam, D.L., Madaus, G.F., Kellaghan, T. (Eds) *Evaluation Models. Evaluation in Education and Human Services*, vol 49. (pp 279-317).Springer.

van Heerden, E. M., & Jenkins, L. S. (2022). The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1), e1–e9. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3657>

World Health Organization. (2020). *WHO definition of palliative care; Integrating palliative care and symptom relief into primary health care*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

World Health Organization. (2026). *Palliative care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>