

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน

ศุมาลี เชื้อพันธ์^{1*} วรรณัญญา ททรัพย์ประเสริฐ² วรภัทร์ ตั้งทรงเจริญ¹ ธนากร อรุณงามวงศ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล บุคลากรทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 74 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองประกอบด้วย 3 ระยะ คือระยะการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ ระยะการตัดสินใจร่วม และระยะการจัดการร่วมกับชุมชน โดยมีกลไกสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองที่สำคัญดังนี้ 1) กลไกการสนับสนุนด้านนโยบายของโรงพยาบาล 2) กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการที่เชื่อมโยงถึงชุมชน และ 3) กลไกการสื่อสารการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการติดตามดูแลถึงชุมชน โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ 1) ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองมีพยาบาลวิชาชีพประจำให้การดูแลผู้ป่วยโดยการประเมิน วางแผน และประสานทีมในโรงพยาบาลและชุมชน 2) ทีมสหวิชาชีพที่มีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง 3) มีช่องทางการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่เชื่อมโยงในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน 4) ผู้บริหารให้การสนับสนุนและร่วมทำงานในทีมการดูแลประคับประคอง 5) มีวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กล่าวโดยสรุปได้ว่า กลไกที่สำคัญและปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น เกิดการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริบทเทียบเคียงโดยปรับแนวทาง และตัวแปรให้เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่ปกคิ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง, ทีมสหวิชาชีพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ โรงพยาบาลพัทยาศึกษา จังหวัดชลบุรี

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: chuepan_gun@hotmail.com

Palliative care model for elderly patients by multidisciplinary team and communitySumalee Chuepan¹ Warunsicha Supprasert² Worapat Tangsongcharoen¹ Thanakorn Arunngamwong¹**Abstract**

This qualitative research aimed to investigate a palliative care model for elderly patients through a multidisciplinary team approach and community engagement. Qualitative data were collected using focus group discussions and in-depth interviews involving 74 participants, including elderly patients, caregivers, multidisciplinary team members, health volunteers, and community leaders with experience in palliative care. Data analysis combined content analysis with descriptive statistics.

The results showed that the palliative care model comprised three stages; the assessment phase, the shared decision-making phase and the community collaboration phase. Key mechanisms supporting the palliative care process included: 1) policy support mechanisms from hospitals, 2) operational mechanisms involving committees that connect with the community, 3) communication mechanisms, personnel capacity building, and community-level follow-ups. The success factors identified were: 1) a palliative care center with professional nurses responsible for patient assessment, planning, and coordination within hospital and community teams, 2) a multidisciplinary team competent in palliative care, 3) communication channels, both formal and informal, linking hospitals and communities, 4) active support and participation from hospital administrators, 5) availability of equipment and materials for home-based palliative care. In summary, the key mechanisms and supporting factors that contribute to increased access to services among older patients have led to the development of palliative care models for older adults in tertiary hospitals with comparable contexts, by adapting guidelines and variables to suit the local context.

Keywords: Palliative care for elderly patients, Multidisciplinary team, Community participation

¹ Pattaya Pathamakhun Hospital, Chonburi

² Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: chuepan_gun@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดว่า ทุกปีจะมีผู้ต้องการรับการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.8 ล้านคน ซึ่ง 25.7 ล้านคน อยู่ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต โดยพบว่าในปัจจุบันทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้นที่ได้รับบริการนี้¹ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง²⁻³ คือ กลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.5) มะเร็ง (ร้อยละ 34) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 10.3) เบาหวาน (ร้อยละ 4.6) และกลุ่มอาการอื่น ๆ ได้แก่ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคพาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคระบบประสาทภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติแต่กำเนิด และวัณโรคคือยา จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ในปี 2562 ในกลุ่มประเทศสมาชิก 194 ประเทศ พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 68 ของประเทศสมาชิก และมีเพียงร้อยละ 40 ของประเทศสมาชิกที่รายงานว่าบริการแบบประคับประคองเข้าถึงผู้ป่วยที่ต้องการอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง¹

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของกระทรวงสาธารณสุข ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมใน 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตจนถึงวาระสุดท้าย โดยรูปแบบการดูแลประคับประคองที่เชื่อมโยงเครือข่ายบริการจนถึงชุมชน⁴⁻⁶ ซึ่งพบคำรักษาพยาบาลในช่วงระยะ 6 เดือนสุดท้ายในโรงพยาบาลสูงกว่าการรักษาในช่วงอื่น ๆ ถึงร้อยละ 10-29⁷ จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่เลือกรูปแบบการดูแลประคับประคองจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.39 เป็น 81.32⁶ การได้กลับบ้านที่มีความคุ้นเคยใกล้ชิดดูแลหลานเป็นคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการ⁸⁻⁹

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลประคับประคองเข้าสู่ระบบบริการ service plan ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2562 แต่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการในปี 2564 มีผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 25.56 เป็นร้อยละ 28.38 เท่านั้น^{5,7} และจากข้อมูลการสำรวจความชุกในโรงพยาบาลทั่วประเทศในเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 18.72 แยกเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 55.66 โรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่ มะเร็งร้อยละ 44.44⁷ ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีเพียงร้อยละ 6-17^{7,10}

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังร่วมกับมีความเสื่อมของอวัยวะต้องเผชิญความเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิต ซึ่งการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าและการพูดคุยกับครอบครัว มีความจำเป็นมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น แต่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังให้ความสนใจน้อย ดังข้อมูลที่ผู้ป่วยสูงอายวางแผนสุขภาพล่วงหน้าเพียงร้อยละ 14 ซึ่งน้อยกว่าการวางแผนด้านทรัพย์สินที่มีถึง

ร้อยละ 50.5 โดยมีรับรู้เกี่ยวกับการดูแลระดับประคองเพียงร้อยละ 24 เท่านั้น^{4,5,11} ดังนั้นการให้ข้อมูลการวางแผนล่วงหน้าเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น^{10,12}

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้ โดยการจัดการอาการต่าง ๆ ด้านร่างกาย การดูแลจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างครอบคลุม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยไม่มุ่งเน้นการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว^{11,13} ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยเริ่มตั้งแต่การได้รับข้อมูลการวางแผนล่วงหน้าเพื่อคุณภาพชีวิต การบรรเทาความทุกข์ทรมานในช่วงการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายจะสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก ช่วยสนับสนุนให้มีความรู้สึกเป็นปกติในช่วงที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงควรได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ต้องการกลับบ้านและดูแลแบบประคับประคองพบว่าสามารถควบคุมอาการปวดดีขึ้น^{4,7,14}

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุที่ชัดเจน โดยทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะได้รับการรักษาเต็มศักยภาพก่อนโดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ด้วยอุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยเฉพาะการให้บริการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีความซับซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะสมองเสื่อม⁷ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน หลังจากนั้นจึงจะได้มีโอกาสพูดคุยกับญาติ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองได้ แต่เป็นการยืดระยะเวลาการเสียชีวิตที่ทุกข์ทรมานและโคตรเดียวในโรงพยาบาล¹⁴ การจัดตั้งศูนย์ชีวภิบาลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทางหลายสาขาร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน⁷ การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลการวางแผนชีวิตล่วงหน้าที่มีคุณภาพ¹⁰ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองต่อเนื่องจนถึงชุมชน⁹ ซึ่งการศึกษานี้ได้นำเอาข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล บทบาทของทีมสหวิชาชีพ และทีมชุมชนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองที่ผ่านมา วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามบริบท เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้นเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองในบริบทของโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงแนวปรากฏการณ์วิทยา ดำเนินการศึกษามุมมอง ประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบทบาทการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ตามบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในงานวิจัยนี้ ได้แก่

1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไตวายเรื้อรังที่มีประสบการณ์จากการได้รับข้อมูลการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 19 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 6 คน รวมเป็น 25 คน

2) ทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักกายภาพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 18 คน (หัวหน้างาน 5 คน พยาบาลปฏิบัติการ 13 คน) รวม 25 คน

3) ทีมเครือข่ายในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองในชุมชนมากกว่า 6 เดือนโดยเลือกชุมชนที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนซอย 5 ธันวา ซึ่งเป็นชุมชนไทยมุสลิม นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนวัดหนองอ้อ ซึ่งเป็นชุมชนชาวไทยพุทธ จำนวน 12 คน ผู้นำชุมชนแห่งละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในด้านประสบการณ์การดูแลประคับประคองทั่วไปและในผู้สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพเพิ่มด้านบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งประเด็นเพิ่มเติม

2) แบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้มาตรฐานการดูแลประคับประคองผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ⁷ มาเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนาโดยเลือกให้เหมาะสมตามบริบทในผู้ป่วยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 3 ท่านนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเทียบเคียงในโรงพยาบาลเครือข่ายที่ดำเนินงานดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลของรัฐพื้นที่อำเภออื่น และปรับแก้ไขก่อนนำไปขอรับรองจริยธรรมและเก็บข้อมูลภาคสนาม

3) ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญของการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์ในประเด็นการวิจัยและ ประสบการณ์ด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสรุปความคิด การสะท้อนความ รวมถึงใช้เทคนิคการสังเกตแบบไม่เป็นทางการในการเก็บข้อมูลวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัย (Trustworthiness) ในประเด็น 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยการจัดกระบวนการวิจัยที่ชัดเจน ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลและมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับข้อมูลส่วนอื่น ๆ เช่น ข้อมูลการสังเกต และจดบันทึก 2) ความน่าไว้วางใจ (Dependability) การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและสามารถตรวจสอบได้

การนำเสนอมีการเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาเข้ากับข้อมูลการสัมภาษณ์ 3) การถ่ายทอดได้ (Transferability) ผลการวิจัยนี้สามารถอ้างอิงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้เนื่องจากมีผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายและเป็นชุมชนเมือง 4) การยืนยัน (Confirmability) ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นอยู่จริง การตีความบทสนทนากลุ่มและการสังเกต มีการนำไปยืนยันความถูกต้องกับผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง¹⁵⁻¹⁶

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 - ตุลาคม 2567 โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 แนวทางคือ

1) การสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้วิจัยนำมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นแนวทางการดำเนินการสนทนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็น ประสพการณ์ และบทบาทของกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) กระตุ้นการพูดคุยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระ โดยผู้ดำเนินการมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการสนทนาให้อยู่ในประเด็น สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วม และลดความขัดแย้งระหว่างผู้เข้าร่วม ระหว่างการสนทนากลุ่มใช้เครื่องบันทึกเสียงหรือวิดีโอ รวมถึงการจดบันทึกประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม ตามกลุ่มวิชาชีพ หรือเครือข่ายที่มีคุณลักษณะเหมือนกัน จำนวน 8-10 คน ต่อการสนทนากลุ่มและใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 2-3 ชั่วโมง

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากกระบวนการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามเดิมที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้งและครบถ้วนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 25 คน จำแนกสัดส่วนตามกลุ่มของผู้ให้ข้อมูล คือกลุ่มผู้ป่วยและญาติ กลุ่มสหวิชาชีพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 45-60 นาที ต่อคน/ครั้ง ในกรณีที่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยประสานงานผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมผ่านทางโทรศัพท์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 66-052 โดยผู้ร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยง ผู้ร่วมวิจัยสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แยกข้อมูลเป็นหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 19 คน อายุเฉลี่ย 73.63 ปี (S.D.= 4.89) ผู้ดูแลจำนวน 6 คน อายุเฉลี่ย 60.33 (S.D. = 10.51) ทีมสหวิชาชีพ 25 คน อายุเฉลี่ย 39.26 ปี (S.D. = 7.99) จำแนกตามสายงานได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 18 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และทีมผู้ปฏิบัติงานในชุมชน 24 คน อายุเฉลี่ย 60.18 ปี (S.D. = 4.82) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข 22 คน ผู้นำชุมชน 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)	อายุเฉลี่ย	เพศ	จำนวน (คน)
ผู้ป่วยสูงอายุ	19	73.63 ปี	ชาย	7
		(S.D. = 4.86)	หญิง	13
ผู้ดูแล	6	60.33 ปี	ชาย	1
		(S.D. = 10.51)	หญิง	5
ทีมสหวิชาชีพ	25	39.26 ปี	ชาย	4
		(S.D. = 7.99)	หญิง	21
ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน				
อาสาสมัครสาธารณสุข	22	60.18 ปี	ชาย	7
ผู้นำชุมชน	2	(S.D. = 4.82)	หญิง	15

2. กลไกการดำเนินงาน

การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย กรณีมีอาการวิกฤตและซับซ้อน ได้รับการรักษาตามมาตรฐานควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยและญาติขอลากลับบ้าน ดูแลส่งต่อชุมชนพร้อมทั้งติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับทีมชุมชน โดยมีกลไกการดำเนินงาน ดังนี้

1) กลไกการสนับสนุนบริการ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนอุปกรณ์ การรับและส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน ให้คำปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยสูงอายุรับบริการ ได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยหนัก การพยาบาลชุมชน สนับสนุนชมรมผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ จัดการความรู้ด้านการวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance care plan) สำหรับผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง

2) กลไกการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ร่วมกับทีมเครือข่ายในชุมชนที่มีประสบการณ์และกลไกสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว

ซึ่งทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน สามารถสร้างเครือข่ายกับชุมชนเดิมให้สามารถสร้างเครือข่ายทีมสหวิชาชีพกับชุมชนในการดูแลระดับประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ

3) กลไกด้านการสื่อสารแบบไร้รอยต่อที่เชื่อมโยงถึงชุมชนในการให้คำปรึกษา ส่งต่อและติดตาม ประเมินผล โดยใช้ช่องทางการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านทางเทคโนโลยี Line Official Account ช่วยให้การสื่อสารสะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ 1) มะเร็งที่แพทย์ลงความเห็นว่ารักษายากไม่ได้ 2) กลุ่มโรคเรื้อรัง ระยะสุดท้าย (COPD stage 4, CKD stage 5, Stroke ที่รักษานานเกิน 6 เดือน, Heart failure) 3) กลุ่มผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (End of life stage) โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังสุขภาพปกติ สื่อสารการวางแผนชีวิตกับผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจวางแผนคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

ระยะที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความเสื่อม ตา ไต หัวใจ หลอดเลือด และโรคถุงลมโป่งพอง ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัวให้เข้าใจความต้องการที่แท้จริง ลดความคาดหวัง และสร้างคุณภาพชีวิตระยะสุดท้าย ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายตามบริบท

ระยะที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายอาการทรุดลง ดูแลระยะสุดท้ายที่ใกล้จะเสียชีวิตแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพเตรียมญาติให้พร้อมดำเนินการตามที่ผู้ป่วยต้องการ

รูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล จัดการอาการปวดและทุกข์ทรมานควบคู่กับการรักษา ให้ข้อมูล และสื่อสารกับญาติเป็นระยะ ๆ ของการเจ็บป่วย จัดการความประมาท ความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ สอบถามความเชื่อทางศาสนาหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่ออำนวยความสะดวก

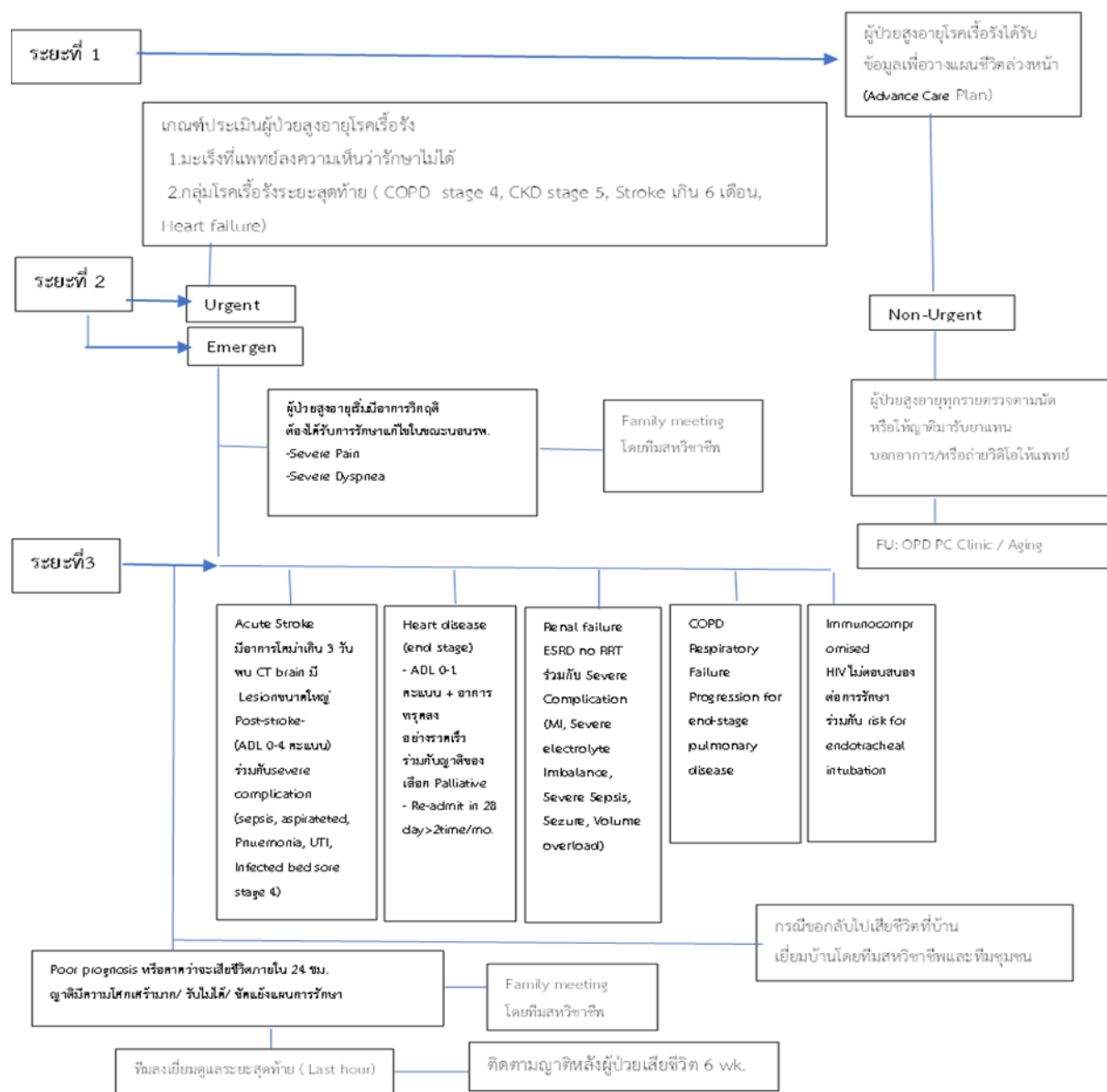
รูปแบบการดูแลในชุมชน กรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพร่วมกับทีมชุมชน ประเมินและวางแผนการดูแลที่บ้าน พร้อมจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เตรียมข้อมูลและสื่อสารกับทีมชุมชน เพื่อส่งต่อการดูแลพร้อมติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับทีมชุมชน โดยมีรูปแบบการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ดูแลดังนี้

1) ผู้ป่วยสูงอายุในช่วงใกล้เสียชีวิตจะอ่อนแรง หลับมากขึ้น กิน/ ดื่มน้ำลดลง หายใจสั้น และหยุดเป็นพัก ๆ มีเสียงครีคราดในลำคอ ริมฝีปากแห้ง ให้จิบน้ำทำความสะอาดปาก ประเมินอาการปวดจากอาการขมวดคิ้วให้ยาแก้ปวด ให้นอนตะแคงใช้หมอนรองหลัง พลิกตัวทุก 6 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะให้

2) เมื่อใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยจะหลับแต่ประสาทสัมผัสยังทำงานอยู่ ให้ญาติสามารถพูดคุยบอกสิ่งที่อยากบอกได้ทุกอย่างรวมทั้งการกอดและสัมผัส

3) ให้ญาติ และผู้ดูแล พักผ่อนให้เพียงพอ ควรมีเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ ถ้ารู้สึกเสียใจอยากร้องไห้ สามารถทำได้ แต่ถ้ามีภาวะซึมเศร้าจนมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง ส่งปรึกษาแพทย์

4) ทีมจะพิจารณาเตรียมใบรับรองแพทย์ให้กับครอบครัวไว้ล่วงหน้า เพื่ออำนวยความสะดวกเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตให้ญาตินำไปรับรองแพทย์ไปแจ้งขอใบมรณบัตรที่สถานีตำรวจ ไม่ต้องชันสูตรศพ แพทย์จะลงความเห็นในใบรับรองแพทย์ไว้ว่า “ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค...ขณะนี้มีอาการทรุดลง ทีมแพทย์ให้การรักษาระดับประคับประคองที่บ้าน” โดยทีมสหวิชาชีพโทรศัพท์พูดคุยกับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 6 สัปดาห์



ภาพที่ 1 แผนภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง โดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน ของโรงพยาบาลพญาบาทมกุฏมุนี จังหวัดชลบุรี

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

- 1) ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองมีพยาบาลวิชาชีพประจำเพื่อให้คำปรึกษา ประเมินผู้ป่วยเพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมประสานทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขเครือข่าย ชุมชน มีศูนย์เครื่องมือแพทย์เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น ให้ยืมและเยี่ยมติดตามที่บ้านตามมาตรฐาน^{7,10}
- 2) ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง วางแผน กำหนดรูปแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ แนวทางขอคำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วย (Refer) เพื่อดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาเฉพาะทางของแพทย์แต่ละสาขา มีการถอดบทเรียน กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความซับซ้อน เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีผลกระทบต่อนักดูแล และชุมชน
- 3) มีต้นแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การฟื้นฟูผู้สูงอายุรอบด้านจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และนอกเครือข่าย ทำให้สามารถนำองค์ความรู้ในบริบทเดียวกันมาต่อยอดพัฒนาได้
- 4) เครือข่ายภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง โดยมีศูนย์ชีวภินาในชุมชนวัฒนธรรมสามัคคีเป็นสถานที่เก็บวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้สะดวกต่อการยืมไปใช้ดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าต้องการการดูแลประคับประคองของโรงพยาบาล จากข้อมูลกรณีที่มีภาวะวิกฤติส่วนใหญ่เลือกรูปแบบดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาโรค เลือกไม่ทุกข์ทรมานในระยะสุดท้าย สอดคล้องกับคุณลักษณะของการตายดีที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน¹³ โดยมีการวางแผนด้านทรัพยากรตั้งแต่ขาดการวางแผนด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้แจ้งความต้องการในระยะสุดท้ายกับครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมาน ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ต้องการได้รับข้อมูลเพื่อตัดสินใจด้วยตนเองและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน^{8,9,13} กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤติไม่สามารถตัดสินใจได้ ประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลพบว่า การตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ให้การรักษาโรคควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้ญาติหลายคนได้มีเวลาทำใจและตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง^{8,10,17} และจากประสบการณ์ของญาติที่ตัดสินใจแทนเมื่อมารดาเสียชีวิต ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกผิดที่ติดค้างในใจ คล้ายกับข้อมูลพยาบาลที่มีความรู้สึกขัดแย้งในใจที่ได้ทำบุญแต่รู้สึกมีบาปจากการทำให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความเจ็บปวด^{10,14,18} ซึ่งทีมสหวิชาชีพมีประสบการณ์เห็นความโศกเศร้าของญาติ และมีบทบาทในการติดตามดูแลญาติหลังจากผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิต 6 สัปดาห์ กรณีตัดสินใจยื้อชีวิตส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงระยะยาวนานที่มีญาติหรือผู้ดูแลเพียงคนเดียวเกิดภาวะซึมเศร้า ทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชนเยี่ยมให้กำลังใจที่บ้านเป็นการดูแล

แบบระยะยาวที่ไม่ใช่การดูแลระดับประคับประคองแต่ใช้ทีมชุมชนทีมเดียวกันในการดูแลซึ่งมีพยาบาลแต่ละทีมทำหน้าที่ประสานทีมในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ให้ข้อมูลกับญาติ ดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ และดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต กรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทีมจะประเมินและจัดการไม่ให้มีสิ่งที่ค้างคาใจ¹⁴ ร่วมกับจัดระบบบริการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น¹⁸

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองของโรงพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลประคับประคอง⁴ โดยดูแลระดับประคับประคองควบคู่กับการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคเรื้อรังกำเริบจากภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงต่อการเสียชีวิต^{7,10} และในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตแพทย์เร่งการตรวจวินิจฉัยเพื่อตัดสินใจ ให้ข้อมูลญาติเพื่อลดข้อขัดแย้ง ความกังวล เพิ่มการเข้าถึงบริการ^{10, 14} ส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ซึ่งกรณีประสงค์เสียชีวิตที่บ้านจะเป็นความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีปัจจัยที่เอื้อให้การดูแลประคับประคองผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านได้สำเร็จ คือในทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชนมีประสบการณ์และบทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามระบบการดูแลระยะยาว¹⁴ ซึ่งทีมสหวิชาชีพจัดระบบการดูแลแบบเจ้าของไข้ ประเมินและรับให้ข้อมูลเป็นระยะและติดตามอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน⁶ โดยเตรียมความพร้อมผู้ดูแล สนับสนุนอุปกรณ์และติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ^{8,9} ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและให้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำใจยอมรับเพื่อวางแผนในระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤตโดยทีมประเมินผู้ป่วยและครอบครัว บอกความจริง ด้วยทักษะการสื่อสาร การบอกข่าวร้ายโดยการพยากรณ์โรคที่แย่งที่อาจทำลายความหวัง ซึ่งมีการศึกษาพบผู้ป่วยสูงอายุต้องการให้บอกความจริงของโรคเพื่อทำใจยอมรับและสามารถวางแผนชีวิตในระยะสุดท้าย^{13,19}

การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับชุมชนครั้งนี้ ช่วยให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองในบริบทของโรงพยาบาลและรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชนที่มีประสบการณ์ และมีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยสูงอายุ สามารถให้ข้อมูลของกระบวนการดูแลแบบประคับประคองตามบริบทของโรงพยาบาล โดยเคยมีการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแต่ต้องเพิ่มความร่วมมือจากชุมชนให้ครอบคลุมในเครือข่าย²⁰ ในส่วนของพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เศรษฐกิจการท่องเที่ยวและเขตอุตสาหกรรม มีบริบททั้งผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชน รูปแบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยสูงอายุประคับประคองที่แตกต่างกัน รวมทั้งการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุภาวะวิกฤตที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านมีความยุ่งยากมากกว่า ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาสู่มาตรฐานการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มาเป็นแนวทางในการศึกษาข้อมูลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวของทีมชุมชนมาร่วมในการทบทวนรูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายปฐมภูมิ^{6,19}

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยมีปัจจัยด้านนโยบายและบริบทของพื้นที่ และการสนับสนุนจากชุมชน จึงจะสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ การสื่อสารข้อมูลการวางแผนล่วงหน้าชีวิต ตามนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง การสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการดูแลประคับประคองและการนำเทคโนโลยีมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพบริการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับจัดสรรเงินจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2566 ให้สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jan 14] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2025 Jan 24]. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf?ua=1
3. World Health Organization. Palliative care for older people: better practices [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 [cited 2024 Aug 24]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/107290>
4. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิ.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31505>
5. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขา Intermediate & palliative care [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice>.
6. เพียงพิมพ์ ปันระสี, ภัทรานุช นาคคู่สุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565; 32(1): 44-50.
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญพรรณ, บรรณาธิการ. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง Quality standards for palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

8. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โตโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไว้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(6): 1101-1111.
9. เพียงพิมพ์ ปันระสี, ภัทรานุญษ์ น้คู้สุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564; 32(1): 40-55.
10. Natprayut N, Samanprathan A. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. The Clinical Academia 2019; 43(6): 220-226.
11. Zhuang H, Ma Y, Wang L, Zhang H. Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. Current oncology 2018; 25(1), e54.
12. Fan SY, Sung HC, Wang SC. The experience of advance care planning discussion among older residents in a long-term care institution: a qualitative study. J Clin Nurs 2019; 28(19-20): 3451-3458.
13. พนิดา จำรัสบุญ, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การศึกษาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยระยะท้าย. ใน: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการเสนองผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22; 2564; ขอนแก่น. หน้า 604-615.
14. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 2563; 47(1): 454-466.
15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. California: Sage Publications; 1985.
16. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. SAGE Publication; 1990.
17. Dokmai P, Meemon N, Chun Paek S, Tayjasanant S. Structure and process of palliative care provision: a nationwide study of public hospitals in Thailand. BMC Health Serv Res 2021; 21(1): 616.
18. สายฝน ไทยประดิษฐ์. บทบาทพยาบาลสำหรับการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยวิกฤต. พยาบาลสาร 2560; 44(4): 189-194.
19. ฐาณกร กาญจน์ภาส. พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย. วารสารการเสริมสุขภาพไทย 2565; 1(1): 76-89.
20. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธ์, ยุพยงค์ พุฒธรรม. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23(1): 80-90.