



## การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลพันดอน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of a Palliative Care Model for End-stage Patients by the Participation of Network Partners in the  
Community, Phan Don Subdistric, Kumphawapi District, Udon Thani Province

Charuณี พรหมแสนปัง<sup>1</sup>, นภาพิณ จันทขัมมา<sup>2</sup>, พิมพัสุภา จันทนะโสถ<sup>3</sup>

Charunee Promseanpang<sup>1</sup>, Napaphen Jantacumma<sup>2</sup>, Pimsupa Junthanasod<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup>สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช <sup>3</sup>สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

<sup>1</sup>Students of the Master of Nursing Science, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup>School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup>School of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Corresponding author: Napaphen Jantacumma; Email: Napaphen\_ja@stou.ac.th

Received: September 13, 2023 Revised: November 29, 2023 Accepted: December 25, 2023

### บทคัดย่อ

ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในระยะท้าย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย 2) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น การศึกษาแบ่งเป็น ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนปี 2564 จำนวน 10 คน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ภาคีเครือข่ายจำนวน 10 คน เครื่องมือในการศึกษา คือ คำถามกึ่งมีโครงสร้างเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 6 คน ทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน ภาคีเครือข่ายจำนวน 10 คน เครื่องมือในการศึกษา คือ คำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม และระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับระยะที่ 2 เครื่องมือในการศึกษา คือ 1) แบบประเมินการตายดี จำนวน 35 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .98 และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า 1) ผู้ป่วยระยะท้าย มีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งต้องการการดูแล โดยเฉพาะการจัดการอาการรบกวนทางร่างกาย การสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ พิธีกรรมทางศาสนา 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และ 3) หลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลตามแนวทางของ “พันดอนโมเดล” ผู้ป่วยและญาติประเมินว่าเป็นการตายดี นอกจากนั้น ยังพบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย หลังพัฒนารูปแบบฯ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ ดังนั้น รูปแบบดังกล่าวอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; การตายดี; ผู้ป่วยระยะท้าย; ภาคีเครือข่าย



## Development of a Palliative Care Model for End of Life Patients by the Participation of Network Partners in the Community, Phan Don Subdistric, Kumphawapi District, Udon Thani Province

Charunee Promseanpang<sup>1</sup>, Napaphen Jantacumma<sup>2</sup>, Pimsupa Junthanasod<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Students of the Master of Nursing Science, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup>School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup>School of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Corresponding author: Napaphen Jantacumma; Email: Napaphen\_ja@stou.ac.th

Received: September 13, 2023 Revised: November 29, 2023 Accepted: December 25, 2023

### Abstract

Community partnerships play key roles in palliative care for people at the end of life. The research and development study aims to: 1) study the situation of problems and needs in late-stage palliative care; 2) develop a model for palliative care in the late stages; and 3) study the effectiveness of the developed palliative care model. The study was divided into three stages. Phase I examined the situation, and the samples were families of 10 patients who died before 2021, 10 multidisciplinary teams, and 10 network partners. The study tool consisted of semi-structured questions for in-depth interviews and focus group discussions. Phase II: development of a late-stage palliative care model with the participation of network partners in the community. The sample consisted of six terminally ill patients, 10 multidisciplinary teams, and 10 network partners. The tool was a set of semi-structured questions for focus group discussion. Phase III: evaluate the effectiveness of the model; the sample was the same as in Phase II. The tools were composed of two parts: 1) a good death assessment form, comprising 35 items with a content validity of.98; and 2) a satisfaction assessment form for patients, multidisciplinary teams, and network partners. The qualitative data were analyzed by content analysis, and the quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The results of this research revealed that 1) the end-of-life patients had physical, mental, social, and economic problems requiring psychological care, managing physical disturbances, support for medical supplies, and religious activities; 2) guidelines for the implementation of end-stage palliative care emphasized holistic care, physical, mental, social, and spiritual, using the WHO 2002 concept of six topics; and 3) after intervention, all patients received care according to the guidelines of the "Phan Don Model" and had a good death. In addition, it was also found that the patients and their families had the highest level of satisfaction, and the satisfaction scores of multidisciplinary teams and network partners were significantly higher than before using the model. Therefore, this model could be used as a guideline with partnership network participation for caring for end-of-life patients in the community.

**Keywords:** palliative care; good death; patients with end of life; community partnership



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วยของคนไทยมากที่สุด<sup>1-3</sup> การเจ็บป่วยที่ควบคุมไม่ได้สุดท้ายพบว่ามีโรคแทรกซ้อนมากมาย จนในที่สุดเจ็บป่วยหนักและอยู่ในระยะท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่ น้อยกว่า 1 ปี ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การยอมรับว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่นาน การดูแลจึงเป็นไปเพื่อความสะดวกมีความสุขทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย ด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลัง หรือการตายดี ตายอย่างมีศักดิ์ศรี<sup>4</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นชุมชนกึ่งเมือง มีหมู่บ้านรับผิดชอบ 14 หมู่บ้าน มีประชากร 12,012 คน มีครัวเรือน 3,204 ครัวเรือน มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปี 2560 ถึง 2563 จำนวน 215, 204, 234 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 25, 21, 27 คน ตามลำดับ<sup>5</sup> จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปีที่ผ่านมาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมุ่งเน้นที่การรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ในพื้นที่ส่วนตัวจนกระทั่งเสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้พูดคุยกับญาติ ไม่ได้อยู่ท่ามกลางลูกหลานและญาติมิตร ไม่ได้ใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตให้เกิดคุณค่าแก่ตนเอง อย่างเต็มที่ จากการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเขตตำบลพันดอนพบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจน ขาดการบริหารจัดการทั้งทรัพยากรบุคคล ทั้งยังขาดองค์ความรู้ และไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ปัญหาการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ การบริหารจัดการเกี่ยวกับยาระงับอาการปวด การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ขาดการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลทั้งในระดับ ตติยภูมิ ทุกติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่ครอบคลุมองค์รวมทั้งภายในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน<sup>6-7</sup>

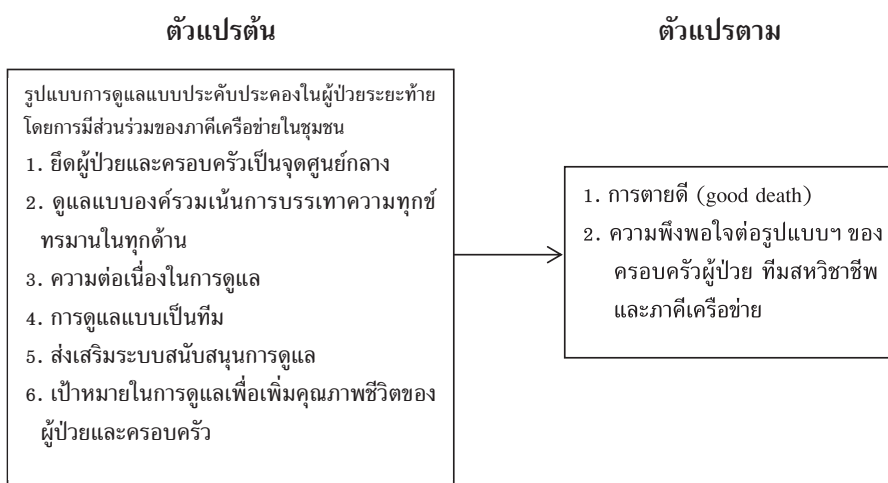
ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลพันดอนซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบของอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ด้วยการจัดการบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายขององค์การอนามัยโลกซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน<sup>8-9</sup> เพื่อให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาสอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนตำบลพันดอนหรือ “พันดอนโมเดล” นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบหรือการตายดี ภายใต้ความอบอุ่นของครอบครัว สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์<sup>10</sup>

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มจาก ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายในชุมชน จากนั้นได้พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายมีองค์ประกอบ 6 ด้าน โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน<sup>11</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเสียชีวิตดีหรือการตายดี (good death) หรือเสียชีวิตอย่างสงบสุขและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ตามภาพกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประเภทวิจัยและพัฒนา (research and development)<sup>12</sup> ที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้ มี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิม 2) ระยะพัฒนารูปแบบฯ 3) ระยะประเมินผลของรูปแบบฯ รายละเอียด ดังนี้

## กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกจากครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนปี 2564 จำนวน 10 คน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ภาคีเครือข่ายจำนวน 10 คน ระยะที่ 2 เป็นระยะพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกจากผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำนวน 6 คน ทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน ภาคีเครือข่ายจำนวน 10 คน ระยะที่ 3 เป็นระยะประเมินผลการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกจากผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่เสียชีวิตในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 6 คน ทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน และภาคีเครือข่ายจำนวน 10 คน



## เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยแบ่งตามระยะของการทำวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ แบบสอบถามถึงโครงสร้างและสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพหรือผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเป็น “พันธอนโมเดล” เนื้อหาประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนปี 2564 และในปัจจุบัน 2) การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้ครอบครัวได้รับทราบ 3) การจัดการอาการรบกวน 4) การให้ความช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 5) ระบบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และ 6) การตอบสนองความต้องการตามประเพณี ความเชื่อ และศาสนา โดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย<sup>13</sup>

1.2 แบบสัมภาษณ์รายบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายเนื้อหาประกอบ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ 4) การได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนา 5) ค่าใช้จ่าย และแหล่งสนับสนุน 6) การได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ 7) การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 8) การได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 9) ความพึงพอใจต่อบริการ 10) ปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการและข้อเสนอแนะ

1.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ใช้สัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย เนื้อหาประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การมีส่วนร่วม การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 5) การมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 6) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลและข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มโดยประยุกต์ตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลในระยะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้

2.1 แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ใช้สัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 1) ทบทวนระบบหรือแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน และ 2) ข้อเสนอแนะที่จะช่วยให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย

2.2 แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาความต้องการบริการของผู้ป่วยระยะท้าย ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เนื้อหาเช่นเดียวกับระยะศึกษาสถานการณ์

2.3 แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ใช้สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยดัดแปลงเครื่องมือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นเดียวกับระยะศึกษาสถานการณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้

3.1 แบบสอบถามภาวะการตายดี (good death) ของผู้ป่วยโดยสอบถามจากผู้ดูแลหลักซึ่งแบบสอบถามนี้ทีมวิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 14-15 เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านทุเลาอาการเจ็บปวด 2) ด้านการทุเลาอาการรบกวนทางกาย 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และ 6) ด้านผลลัพธ์การเผชิญ

กับความตายอย่างสงบของผู้ป่วย ข้อคำถามรวม จำนวน 35 ข้อ การตอบแบ่งเป็น ใช่ เท่ากับ 1 ไม่ใช่/ไม่มีอาการ เท่ากับ 0 มีระดับคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ตายดี ระดับน้อย (คะแนน 1 ถึง 11) ตายดีระดับปานกลาง (คะแนน 12 ถึง 23) ระดับมาก (คะแนน 24 ถึง 35)

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาช่วยผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อรูปแบบการดูแล มีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก พึงพอใจมากที่สุด

### การสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้คัดัดความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) แบบสัมภาษณ์ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ 4) แบบประเมินการตายดี ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00, .98, .98 และ .96 ตามลำดับ จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83, .87, .84 และ .86 ตามลำดับ ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาผู้วิจัยประเมินจากแบบสอบถามประเมินภาวะการตายดี (good death) ของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามจากครอบครัวของผู้ป่วย

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เลขที่ KPEC 3/2566 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างครบถ้วน เคารพสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงนำเสนอข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### การดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบผ่านเวทีประชุมประจำเดือน อสม.และ care giver จากนั้นผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม Smart COC และนัดหมายวันเวลาออกสัมภาษณ์ขอข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย และสนทนากลุ่ม ภายหลังที่กลุ่มเป้าหมายลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย เริ่มจากการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล สนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลพันดอน ในระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ถึง 30 มีนาคม 2566 รวม 15 สัปดาห์ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลกุมภวาปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) และภาคีเครือข่ายในชุมชน



สัปดาห์ที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) เกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนจากผู้เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน 2) ญาติเครือข่ายในชุมชน จำนวน 10 คน 3) ผู้รับบริการ ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิต ก่อนปี 2564 จำนวน 10 ครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 การสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้วิจัยเตรียมการสนทนากลุ่ม โดยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ญาติเครือข่าย ล่วงหน้า สนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในช่วงก่อนปี 2564 จากนั้นได้หาแนวทางร่วมกันในการพัฒนารูปแบบฯ สนทนาตามกรอบประเด็นคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการสนทนา นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปและสรุปเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์

สัปดาห์ที่ 4 เมื่อทบทวนสถานการณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูล มาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อร่างรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ จากนั้นผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของญาติเครือข่ายในชุมชน<sup>16</sup> นำเสนอต่อทีมสหวิชาชีพ(แพทย์ เภสัช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข )ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน และญาติเครือข่าย ( ผู้นำชุมชน อสม. Care giver )เพื่อทบทวนแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนให้มีความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

สัปดาห์ที่ 5-11 นำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ในชุมชน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มีระดับ (Palliative Performance Scale: PPS) น้อยกว่า 50 (ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีการลุกลามของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเริ่มมีอาการสับสน)<sup>17-18</sup> จำนวน 6 คน และรักษาตัวที่บ้านโดยดำเนินการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งต่อครอบครัว สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือเร็วขึ้นตามสภาพและสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น แต่ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อครอบครัว โดยเริ่มจาก 1) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแล 2) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 3) การอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย 4)การจัดการอาการรบกวนและการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ญาติเครือข่ายในชุมชน 5) การตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อ และศาสนา การไว้พระสวดมนต์ ทำบุญ ใส่บาตร 6)การดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอาการสงบ

สัปดาห์ที่ 12-13 ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ดังนี้ 1) ประเมินการตายดีโดยประเมินจากการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้เสียชีวิตในช่วงเวลาที่ทำกรวิจัย 2) ประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ โดย (1) ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ (2) ประเมินความพึงพอใจของญาติเครือข่าย (3) ประเมินความพึงพอใจของญาติและครอบครัวผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 14-15 การสรุปผลโดยการสรุปผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติและมีการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์จึงเกิดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพันดอน จังหวัดอุดรธานี หรือ “Phandon Palliative Care Model”

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย 3) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ใช้สถิติทดสอบ ที เพื่อดูความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 4) good death แบบประเมินการตายดี สถิติพรรณนาด้วยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ



## ผลการศึกษา

การศึกษารูปแบบการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ สรุปผลการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ระยะศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย จากการศึกษาศาสนาการณ์ก่อนการพัฒนากระบวนการดูแล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาใน 6 องค์ประกอบดังนี้

1.1 การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อแนวทางการดูแลรักษา ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลประจำอำเภอมมีการจัดระบบการดูแลไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม มีการจำกัดระยะเวลาในการเยี่ยม จำกัดผู้เยี่ยมครั้งละ 1-2 คน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พูดคุยกับคนในครอบครัวแบบพร้อมหน้าพร้อมตา ดังคำกล่าวที่ว่า “ตอนแรกหมอไม่ได้บอกว่าพ่อป่วยเป็นอะไร มีแต่บอกว่าจะรักษาให้ถึงที่สุด เห็นแต่หมอใส่สายอาหาร สายสวน ปัสสาวะ สายออกซิเจนให้พ่อ พ่อก็ดันไม่ยอมใส่ บางครั้งก็ดึงออก หมอก็ต้องมาใส่ใหม่อีกหลายครั้ง เห็นแล้วก็สงสารแต่ก็ช่วยอะไรพ่อไม่ได้” (ครอบครัว 1) “1 สัปดาห์ก่อนพ่อเสียชีวิต หมอบอกว่าพ่อป่วยเป็นมะเร็ง แม่กะบ่คิดว่าพ่อจะล้มป่วยและจากกันไปเร็วขนาดนี้ ตอนอยู่โรงพยาบาลเพิ่นก็อยากกลับบ้าน แต่แม่ไม่กล้าเอากลับ เสียหายที่ไม่ได้ดูแลเพิ่นอย่างเต็มที่ ตอนเพิ่นตายก็ตายต่อหน้าต่อตาเฮ็ดหยั่งกะปลื้ม” (ครอบครัว 2) สะท้อนให้เห็นว่า ไม่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน พบว่าแนวทางการประเมินการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับไปดูแลต่อที่บ้านไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมต้องนำผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้ง ดังคำกล่าว “เวลาปวดมาก ๆ ลูกสาวเป็นคนไปเอายา morphine มาฉีดให้ ยามorphine ไปเบิกที่โรงพยาบาลอำเภอ ลูกสาวเป็นคนไปเบิกเพราะเขาได้เรียนวิธีฉีดยามorphine จากโรงพยาบาลจังหวัด แต่ถ้าฉีดแล้วไม่ดีขึ้นก็จะพากันไปโรงพยาบาลจังหวัด บ่ได้ไปโรงพยาบาลอำเภอ” (ครอบครัว 3) สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน

1.3 ความต่อเนื่องในการดูแลพบว่าขาดการส่งต่อข้อมูลและขาดการประสานการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นระบบทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่อง แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลไม่ชัดเจน การประสานการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ดังคำกล่าว “เมื่อก่อน ไม่มีการติดต่อประสานข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายกลับบ้าน จะทราบก็ตอนที่คนไข้เสียชีวิตแล้ว” (ภาคีเครือข่าย 1) นอกจากนั้นการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอเช่น เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ดังคำกล่าว “พวกอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่ได้เตรียมไว้ให้เลย เพราะไม่รู้จะไปติดต่อที่ไหน เราไม่กล้าไปขอหมอ ไม่กล้าไปบอกหมอมว่าผู้ป่วยต้องการถึงออกซิเจน ต้องการเตียง ต้องการที่นอนลม” (ภาคีเครือข่าย 2) “การรับยามorphine ให้ผู้ป่วย เมื่อก่อนต้องพาผู้ป่วยไปด้วย หมอที่โรงพยาบาลต้องเห็นผู้ป่วย เพิ่นถึงจะเบิกยาให้” (ครอบครัว 5) สะท้อนให้เห็นว่า ระบบส่งต่อผู้ป่วยมายังชุมชนยังไม่ชัดเจน ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแม้ย่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



1.4 การดูแลแบบเป็นทีม พบว่าไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าว “อสม.ยังไม่ได้อบรมก็จะไม่รู้แนวทางหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อผู้ป่วยมาอยู่ในชุมชนก็ไม่ทราบว่าต้องไปประสานใคร บางครั้งจะทราบว่าผู้ป่วยในชุมชนก็ตอนที่เขาเสียชีวิตแล้ว เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ก็ไม่ได้แจ้งเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน” (ภาคีเครือข่าย 6) สะท้อนให้เห็นว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทาง แนวปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชน

1.5 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล พบว่า การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีระบบที่ชัดเจน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนยังน้อย เช่น ญาติผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมารถรับจ้างเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้านในราคาแพง และเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง ดังคำกล่าว “ตอนแม่มาอยู่บ้าน อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่นที่นอนลม เตียง ถังออกซิเจน ก็ได้ซื้อเอง เพราะไม่รู้ว่าจะไปยืมที่ไหน ต้องประสานใคร บ่กล้าไปยืม เกรงใจเพื่อน” (ครอบครัว 6) สะท้อนให้เห็นว่าการประสานงาน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ดูแลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ ครอบครัวผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน

1.6 เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลในขณะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายไม่ชัดเจน ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษา การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังคำกล่าว “แต่ก่อนครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย จะไม่กล้าทำพิธีขอขมาในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ไม่ค่อยนิมนต์พระไปสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อนำมันบ่มแน่นแนว คนยังบ่ตาย สิเอ็นพระมาสวดได้ จั่งได้” (ครอบครัว 6) “เวลาญาติมาเยี่ยมก็แค่ถามอาการเจ็บป่วย ไม่กล้าถามถึงการทำบุญใส่บาตร หรือการขอขมาขอโหสิกรรมกับผู้ป่วยเพราะเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ” (ภาคีเครือข่าย 7) สะท้อนให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตยังไม่ชัดเจน ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

**ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน**

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ได้ทราบปัญหา ความต้องการในการดูแล และทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และได้พัฒนารูปแบบในการดูแล 6 องค์ประกอบดังนี้

2.1 การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาในครั้งนี้ คือ จัดประชุมทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน รวมถึงทบทวนแนวทางการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(advance care plan)<sup>18</sup> ดังคำกล่าว “ปัจจุบัน ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพจะทำ family meeting ก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันวางแผน ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย” (พยาบาล 2) จากการทบทวนสถานการณ์นี้ ได้พัฒนารูปแบบ คือ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จะมีการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแล ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวเลือกที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จะมีระบบสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์รวมถึงการฝึกทักษะของผู้ดูแลโดยจากศูนย์การดูแลต่อเนื่องรวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย มีระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรโดยขอ

ความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิประชาธรรม

2.2 การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้านเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยรวมถึงการอำนวยความสะดวกให้กับครอบครัวผู้ป่วย ดังคำกล่าว “เดี๋ยวนี้ก็สะดวกขึ้น เวลาที่มีผู้ป่วยเข้ามาในชุมชน ญาติจะประสานผ่าน อสม. ผ่านผู้ใหญ่บ้านเพื่อขอยืมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เตียง ที่นอนลม ถังออกซิเจน การเบี่ยงออร์พินก็ประสานผ่าน อสม.แล้วให้อสม. ไปรับมาแทนโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องไปด้วย ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี อยากให้ทำแบบนี้ตลอดไป” (แพทย์ 1) จากการทบทวนสถานการณ์ ได้พัฒนารูปแบบคือ จัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลเรื่องการประเมินความปวด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำเครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละวัย มีการรับปรึกษาเรื่องการจัดการความปวด มีระบบการบริหารยาออร์พินให้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ต้องนำผู้ป่วยกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

2.3 ความต่อเนื่องในการดูแล เน้นรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมายังชุมชน ดังคำกล่าว “เดี๋ยวนี้เวลาที่มีผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตจะกลับมาอยู่บ้าน ทางโรงพยาบาลจะโทรมาแจ้งให้ รพ.สต. ประสาน อสม. เพื่อเตรียมบ้าน เตรียมเตียง เตรียมถังออกซิเจน ให้พร้อมก่อน ค่อยจะส่งผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน ” (ภาคีเครือข่าย 3) จากการทบทวนสถานการณ์ ได้พัฒนารูปแบบ คือ มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และอำนวยความสะดวกเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการจัดส่งข้อมูลของผู้ป่วยผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care center: COC) โดยใช้ Application Smart COC

2.4 การดูแลแบบเป็นทีม เน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ดังคำกล่าว “เดี๋ยวนี้เมื่อคนไข้ กลับมาอยู่ที่บ้าน ทีมคุณหมอจากโรงพยาบาล จาก รพ.สต.ก็จะมาเยี่ยม มาให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ทีมเทศบาลก็จะออกมาเยี่ยมให้กำลังใจ มามอบแอมเฟส ทีม อสม. จะออกมาติดตาม ถามข่าว ถ้าคนไข้มีอาการผิดปกติ อสม. ก็จะโทรแจ้ง ให้คุณหมอ ออกมาดูแลคนไข้” (ภาคีเครือข่าย 7) จากการทบทวนสถานการณ์ ได้พัฒนารูปแบบคือ การจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life care Team) ในชุมชน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) มีชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนหมุนเวียนมาเยี่ยมให้กำลังใจและร่วมดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลัก เป็นต้น

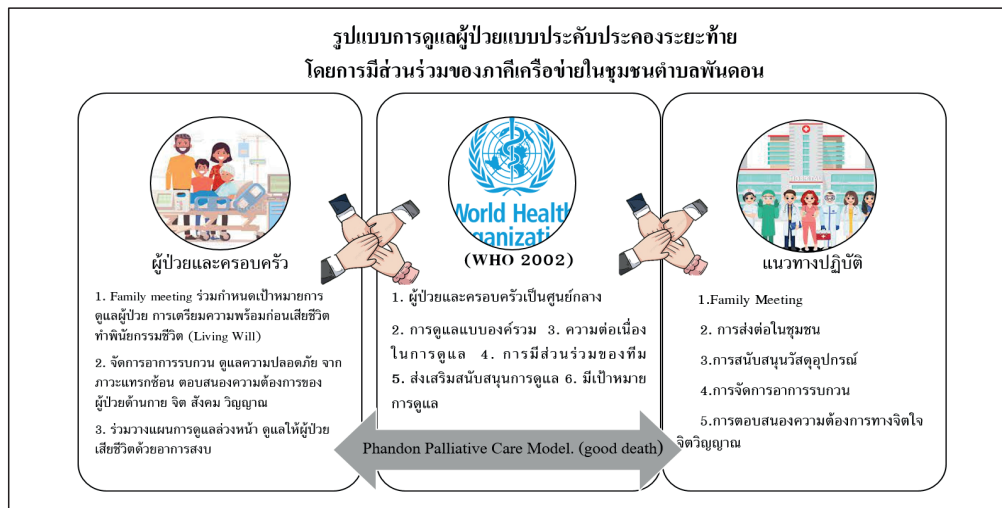
2.5 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล เป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดังคำกล่าว “ปัจจุบัน มีการจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้กับ อสม.และผู้ดูแลผู้ป่วย มีการสอนให้ใช้วัสดุอุปกรณ์เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลท่อเจาะคอและการดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง รวมถึงการประสานงานเพื่อติดต่อขอยืมอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วย” (พยาบาล 1) จากการทบทวนสถานการณ์ ได้พัฒนารูปแบบคือ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงพัฒนาระบบส่งต่อแบบเอื้ออาทรร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิประชาธรรมอำเภอภูมิกว๊านปี การขอรับการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจากผู้มีจิตศรัทธา และกำหนดแนวทางการเยี่ยมและส่งคืนอุปกรณ์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

2.6 เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวการดูแลครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว การพัฒนาในครั้งนี้ คือจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต มีเครือข่ายพระสงฆ์ของแต่ละหมู่บ้านในการประกอบศาสนพิธี เช่น การถวายสังฆทาน การสวดมนต์ ฟังเทศน์ การรับบิณฑบาตข้างเตียงผู้ป่วย การขอโหสิกรรม ดังคำกล่าว “เมื่อก่อนลูกหลาน ครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพิ่งไม่ค่อยทำพิธีทางศาสนา จนมาถึงเคยสายเหรียญ ที่ทีมคุณหมอจาก รพ.สต. ทีมผู้ใหญ่บ้านและอสม. ได้แนะนำ



ลูกสาวของยาย ให้ฉันมีพระมาสดมภ์ให้พยาย ตามความประสงค์ของผู้ป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ ได้ฟังธรรมะ ซึ่งปกติยายก็เป็นคนชอบทำบุญอยู่แล้ว พอได้ฟังพระสวดมนต์ ผู้ป่วยมีกำลังใจ ยอมรับในอาการเจ็บป่วยของตัวเอง อาการเจ็บป่วยก็ดีขึ้น จากตอนแรกหมอที่โรงพยาบาลอำเภอ บอกว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้แค่ 3 วัน จนเดี๋ยวนี้ผ่านมาเกือบ 1 เดือนกว่าแล้ว คนไข้ก็ยังมีชีวิตอยู่” (ภาคีเครือข่าย 7) นอกจากนั้น หลังจากเสียชีวิตแล้วภาคีเครือข่ายในชุมชนยังดูแลและช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย ดังคำกล่าว “ผู้ใหญ่บ้านจะช่วยอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงการทำพิธีกรรมทางศาสนา การทำพิธีขอขมา สวดมนต์ให้พร ในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่ หรือเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ก็จะนิมนต์พระมาทำพิธีให้จัดหาโลงศพ จัดหาดอกไม้จันทน์ กรณีเป็นศพไร้ญาติทางชุมชนก็จะมีการสงเคราะห์ศพ จัดงานศพให้เรามีกองทุน เพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อดูแลและช่วยเหลือกันในชุมชน” (ภาคีเครือข่าย 10)

จากการพัฒนาระบบการดูแลทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลพันดอน ( Phandon Palliative Care Model ) ดังภาพ



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน (Phandon Palliative Care Model)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

3.1 การประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายโดยใช้แบบสอบถาม หลังใช้รูปแบบฯ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.8, SD = .36$ ) ทีมสหวิชาชีพพบว่า หลังใช้รูปแบบ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และภาคีเครือข่ายในชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตาราง



ตารางที่ 1 แสดงความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

| ความพึงพอใจ           | ก่อนพัฒนาระบบฯ |         | หลังพัฒนาระบบฯ |           |
|-----------------------|----------------|---------|----------------|-----------|
|                       | ค่าเฉลี่ยรวม   | ระดับ   | ค่าเฉลี่ยรวม   | ระดับ     |
| ครอบครัวผู้ป่วย (n=6) | -              | -       | 4.80           | มากที่สุด |
| ทีมสหวิชาชีพ (n=10)   | 2.6            | ปานกลาง | 4.68           | มากที่สุด |
| ภาคีเครือข่าย (n=10)  | 2.8            | ปานกลาง | 4.20           | มาก       |

3.2 การประเมินผลการตายดี (good death) โดยใช้แบบประเมินการตายดีในผู้ป่วยระยะท้ายประเมินโดยผู้ดูแลหลัก จำนวน 35 ข้อ คอลอบคลุมการดูแลทั้ง 6 ด้าน จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 6 คน ได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอาการสงบหรือตายดี (ระดับดีมาก) จำนวน 3 คน ส่วนอีก 3 คนยังไม่เสียชีวิตและได้รับการดูแลจากครอบครัว ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การตายดีและเสียชีวิตด้วยอาการสงบ

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ โดยผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลดังนี้

ระยะที่ 1 ผลของการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิภาวะ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เทศประสิทธิ์<sup>10</sup> พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม ไม่มีการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น การดูแลในขณะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และภายหลังจากเสียชีวิตแล้วยังไม่มี เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิระประภา ศิริสูงเนิน<sup>6</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถยอมรับความตายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายในทางที่ผิด จึงทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยมูลค่าสูง และบั่นทอนความสุขของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในขณะที่การจัดระบบเครือข่ายบริการที่ขาดคุณภาพ ทั้งด้านการส่งต่อ บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ขาดระบบจัดการการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การเข้าถึงยาระงับปวดเครื่องมือจำเป็น และขาดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายและชุมชนทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 ผลของการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมการดูแลทั้ง 6 ด้าน ขั้นตอนการดูแลเริ่มจากการประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลผ่านโปรแกรม Smart COC และ Application line ผู้ป่วยมาอยู่ที่บ้านในชุมชนโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการและภาคีเครือข่ายที่ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนดขึ้น โดยเน้นการดูแลโดยชุมชนและครอบครัวด้วยการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การจัดบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ต้องพัฒนา



ศักยภาพบุคลากรให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และส่งเสริมให้มีการดูแลที่บ้าน เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีความใกล้ชิดกันโดยไม่ต้องประสบปัญหาการจำกัดการเฝ้าไข้และลดความแออัดของโรงพยาบาล<sup>1</sup> นอกจากนี้ยังส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม การประกอบพิธีทางศาสนา ความเชื่อ ประเพณีของชุมชน สอดคล้องกับ วรรณีย์ เทตประสิทธิ์<sup>10</sup> พบว่า มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในประกอบศาสนพิธี เช่น การถวายสังฆทาน การฟังบทสวดของแต่ละศาสนา การขอโหสิกรรม การนิมนต์พระสงฆ์มาสวดข้างเตียง

ระยะที่ 3 ผลของการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนารูปแบบฯ ประสบความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจโดยกลุ่มตัวอย่างมีการตายดีร้อยละ 100 เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตด้วยอาการสงบหรือ ตายดี (ระดับดีมาก) จากการประเมินความพึงพอใจในรูปแบบฯ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด สอดคล้องกับวาสนา สวัสดิ์ดินธนา<sup>19</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเกี่ยวกับการได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย ได้รับความช่วยเหลือให้ได้ทำในสิ่งที่ค้างคาใจให้สำเร็จลุล่วงภายในขอบเขตที่เป็นจริง อีกทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกหรือยุติการรักษา และมีโอกาสร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจเปรียบเทียบกับก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบ “Phandon Model” ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพและเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้แก่ อสม. / ผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) และภาคีเครือข่ายในชุมชนเกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประเมินสภาพผู้ป่วย การฝึกทักษะในการใช้วัสดุ อุปกรณ์ การประเมินความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย การขอรับคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยผ่าน Application line หรือ telemedicine และควรมีการกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในระดับอำเภอ เพื่อเป็นการติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพควรขยายระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจากระยะเวลา 6 เดือนเพิ่มเป็น 1 ปี หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต และควรขยายผลการศึกษาในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

### References

1. Department of Medicine Services. Handbook for palliative and end-of-life care (for Medical personnel). Bangkok: Printing office Veterans Welfare Organization under the royal patronage; 2020. (in Thai)
2. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health. Summary of important statistics 2017. Bangkok: Veteran Aid Organization; 2017. (in Thai)
3. Strategy and planning Division Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2019. 8<sup>th</sup> ed. Nonthaburi: Nonthaburi Sithiphan; 2019. (in Thai)



- 4 . Jindawattana A. Guide for the public palliative care for terminally ill patients palliative care. Nonthaburi: Pimdee Co. Ltd.: 2013.(in Thai)
5. Udon thani provincial health office: Health data center [Internet].2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>(in Thai)
6. Sirisungnoen J, Pimphisutthiphong M, Phakkadikul W. Palliative care model Khon Kaen Province Community Health Development. Journal Khon Kaen University 2018;6(2):317–35.(in Thai)
7. Suriyathai C, Chaisali N, Thanakwang C, Sirilak Phankaew, Ratchatasothi P. Results of palliative care model in the health community network, Nan Province. Journal of Health Science 2023;32(3): 449–60.(in Thai)
8. World Health Organization. WHO definition of palliative care. In: National cancer control programs: policies and managerial guidelines. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2020.
9. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J Pain Palliat Care Pharmacother 2014;28(2):130–4.
10. Theprasit T, Phimdee P, Mongkhonchai S, Chulaphan P, Puttham Y. The development of the palliative care system for end of life patients at Udonthani Hospital. Journal Ministry of Public Health Nurse 2013;23(1):80–90.(in Thai)
11. Thipwong A, Sangchat B. Scenes of the life of the late elderly in the community. Journal of Nursing Science and Health 2017;40(4):83–95.(in Thai).
12. Rakchart R, Udomrak S, Sri Arun K, Wongyai P, Chaiyaprom P. Development of palliative and end of life care model for cancer patients based on the participation of cancer-free village community network, Lampang Province. APHEIT Journal of Nursing and Health 2022;4(2):1–9.(in Thai)
13. Jabprapai P, Sosome B, Tacho S. Development of palliative care model for end stage cancer patients: Seamless care of Phraputhabat Hospital Network. Journal of Health Science 2021;30(6):1101–11. (in Thai)
14. Junchom K, Sangsai Y, Polsawat B. Empowering family and community in end-of-life care: important role of nurse. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sappasithiprasong 2021;5(2):12–24.(in Thai)
15. Puttamon K, Prachusilpa G. A study of palliative care nursing outcomes quality indicators for patients with cancer in the terminal stage. Thai Red Cross Nursing Journal 2019;12(1):105–26.(in Thai)
16. Saenloa P. The role of palliative care with village public health volunteer and buddhist monks together with registered nurses in Na Fai Sub-district, Mueang District, Chaiyaphum Province. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(4):150–6.(in Thai)
17. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2022) Palliative care for patients at the end of their life (Palliative Care). [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 24]. Available from: [https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer\\_center/th/palliative-care](https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/palliative-care).(in Thai)



18. Nursing department Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Policies and guidelines for Palliative Care Chiang Mai, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. [Internet]. 2017 [cited 2023 Sep 24]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/issue/view/18330/5610>.(in Thai)
19. Sawasdeenarunat V, Taneerat A, Wisettharn T. The development of a palliative care model for terminal cancer patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;25(1):144–56.(in Thai)