

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคองในชุมชน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

วัชรินทร์ อินกลอง*

นันทพร บุญธรรม*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วัชรินทร์ อินกลอง

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งจากโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งควรได้รับการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคองอย่างรวดเร็ว ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรจำนวน 51 คน ผู้ดูแลและผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มละ 31 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นมีค่าเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.89 วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ paired *t*-test

ผลการศึกษา: พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน มี 8 มาตรการ คือ 1) การเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะผู้ดูแล 2) การให้คำปรึกษา 3) การดูแลแบบองค์รวม 4) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลจิตใจ 6) การดูแลระยะท้าย 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด และ 8) การอโหสิกรรม ภายหลังการพัฒนาบุคลากรพบว่า ผู้ดูแลมีการปฏิบัติการดูแลประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ดูแลมีความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.022$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะจิตใจสงบและทำกิจกรรมทางศาสนามาร้อยละ 64.5 และมีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายร้อยละ 90.3 หลังจากวางแผนเสียชีวิตมีอาการทรงตัวอย่างสงบ

ข้อยุติ: ผลที่ได้จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน เครือข่ายบริการปฐมภูมินี้ เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการร่วมกับผู้ดูแล ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลประคับประคอง, ชุมชน

* โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Received 4 September 2025; Revised 23 January 2026; Accepted 3 March 2026

Suggested citation: Inklong W, Boontham N. Effects of the development of the palliative care system for end-of-life patients in the community in Ban Phue Hospital, Udon Thani Province. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(1):18-29.

วัชรินทร์ อินกลอง, นันทพร บุญธรรม. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2569;20(1):18-29.

Effects of the Development of the Palliative Care System for End-of-Life Patients in the Community in Ban Phue Hospital, Udon Thani Province

Watcharin Inklong, Nuntaporn Boontham

Ban Phue Hospital, Udon Thani Province

Corresponding author: Watcharin Inklong, artwatcharin.ink@gmail.com

Abstract

Background: Patients near the end of life, both cancer and non-cancer, should have rapid, comprehensive, and effective access to palliative care. This research aimed to study the development of the palliative care system for end-of-life patients within the primary care network Ban Phue Hospital, Udon Thani Province.

Methodology: This action research according to Kemmis's concept involved; 51 personnel, 31 caregivers, and 31 palliative care patients, with each group having 31 members. The research instrument was a questionnaire asking, patient information, personnel, and caregiver operations. Descriptive statistics were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test and the paired *t*-test.

Results of the development of palliative care system for end-of-life patients in community included eight measures as follows: 1) home visits and training of caregiver skills, 2) counseling, 3) holistic care, 4) supportive spiritual rituals, 5) emotional care, 6) end-of-life care, 7) best life experience provision, and 8) forgiveness. After personnel development, the overall palliative care practice significantly increased ($p < 0.001$). Caregivers gained significant increases in the correct beliefs and practices ($p = 0.022$). Most patients achieved a calm mind and engaged in religious activities (64.5%), and 90.3% faced severe symptoms during end of life, turned to be calm after the end-of-life planning.

Conclusion: The development of a community-based palliative care system within the primary care network fosters strong relationships among the care team, caregivers, and families, leading to positive patient outcomes, and should be integrated to the system.

Keywords: development system, end-of-life patient, palliative care, community

ภูมิหลังและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปี ผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 56.8 ล้านคนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 25.7 ล้านคน แต่มีเพียงแค่ร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยประคับประคอง (palliative care) ที่ดูแลต่อเนืองที่บ้านระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 รวมทุกกลุ่มอายุมีจำนวน 96,125; 127,302 และ 158,511 รายตามลำดับ⁽²⁾

จากรายงานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 ของจังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 8,781 คน, 11,055 คน, และ 14,461 คนตามลำดับ ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ร้อยละ 66.2, 72.9 และ ร้อยละ 65.8 ตามลำดับ เฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลบ้านผือ มีผู้ป่วยระยะประคับประคองจำนวน 601 คน, 760 คน, และ 1,171 คน ผู้ป่วยที่ได้รับ advance care planning เพียง



ร้อยละ 56.0, 56.8 และ 50.0 ตามลำดับ⁽³⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต ได้รับการกอดนวดหัวใจก่อนเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการดูแลตามแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบเดิมยังพบว่า พยาบาลที่รับผิดชอบงาน palliative care ไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลระยะท้ายทุกคน พยาบาลอายุรศาสตร์น้อยนำการสนทนาแบบ family meeting ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยระดับประคองยังเข้าถึงบริการน้อย⁽⁵⁾ ทีมสหสาขาวิชาชีพยังขาดทักษะในการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยระยะท้ายก่อนสิ้นลม ครอบครัวผู้ป่วยบางรายยังไม่ยอมรับ การให้ใช้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายแตกต่างกัน แบบฟอร์มการเซ็นปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตก็แตกต่างกัน⁽⁶⁾ ดังนั้น เพื่อมุ่งหวังเพิ่มประสิทธิผลการสร้างการรับรู้และความรอบรู้ของทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านและศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเมื่อหลังผู้ป่วยเสียชีวิตมีการดูแลจิตใจของญาติด้วย จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคองประคองในชุมชนของโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี และพบว่า ทีมสหวิชาชีพได้ให้บริการที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาวิจัยผลของการพัฒนาระบบดังกล่าว การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคองประคองในชุมชน ผ่านการประเมินผลของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคองประคองในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่

UDREC 7668 วันที่ 8 เมษายน 2568 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือกการศึกษา

1. บุคลากรผู้ให้บริการ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้าน ศึกษาทั้งหมดจำนวน 51 คน เลือกแบบเจาะจง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคองประคองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านฝ้อจำนวน 8 คน เภสัชกร 4 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน นักกายภาพบำบัด 8 คน โภชนากร 2 คน แพทย์แผนไทย 4 คน พยาบาลวิชาชีพ PCU 1 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (20 แห่งๆ ละ 1 คน) จำนวน 20 คน
2. ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระยะประคองประคองรหัส Z515 และได้รับยาในกลุ่ม strong opioid เป็นผู้ป่วยที่มีชื่อรับบริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2568 อายุ 18 ปีขึ้นไป ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย

1. บุคลากรทีมเยี่ยมบ้าน ไม่ได้ปฏิบัติงานในระหว่างการวิจัย หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2 ครั้ง

2. ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มีอาการทางสมองที่ส่งผลกระทบต่อความคิด การรับรู้ และการประเมินอาการตนเอง ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวหรือไม่มีผู้ดูแลโดยชอบตามกฎหมาย

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁷⁾ ดังนี้

$$= \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{\mu_d^2}$$

Z_{α} = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$), = กำหนด power of test เท่ากับ 90 มีค่าเท่ากับ 1.28, ค่า μ_d = อ้างอิงจากการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังการดูแลมีค่า palliative care outcome scale: POS ลดลง จากค่าเฉลี่ย 14.22 (SD = 7.31) เป็นค่าเฉลี่ย 9.62 (SD = 6.78)⁽⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประคับประคองและผู้ดูแลกลุ่มละ 31 คน วิธีการเลือกประชากรที่ศึกษาระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2568 คือ 1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เลือกทุกคนจำนวน 51 คน 2. กลุ่มผู้ป่วยฯ เลือกแบบเจาะจงและมีความสมัครใจการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 31 คน 3. กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว เลือกตัวอย่างอย่างง่าย โดยสอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมวิจัย จนครบตามขนาดตัวอย่างจำนวน 31 คน

ขั้นตอนการศึกษา โดยใช้วงจร PAOR: plan-act-observe-reflect⁽⁹⁾ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (facilitator) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

การจัดทำแผน (planning) วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา โดยทำการสืบค้นเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบร่างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทบทวนประสบการณ์ตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านฝืดที่ผ่านมา

การปฏิบัติการ (action) จำแนกเป็น 2 การพัฒนา ดังนี้

1) การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน จำนวน 51 คน โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของกรมการแพทย์⁽¹⁰⁾ ที่มีความสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจแนวทางการดูแลและดำเนินการตามแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan: ACP) เชื่อมโยงประสานการดูแลกับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและจากไปอย่างสงบตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ สาระสำคัญประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ (1) การเยี่ยมบ้าน (2) การพัฒนาการให้คำปรึกษา (3) การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (4) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ (5) การดูแลจิตใจผู้ป่วย (6) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (7) การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด (8) การอโหสิกรรม

2) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 31 คน โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล

การสังเกตผล (observation) โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยติดตามผลจากการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ เขต



อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2 รอบ คือ รอบที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-2 เดือนมีนาคม 2568) พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง คือ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การสังเกตครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3-4 เดือนมีนาคม 2568) จึงนำปัญหาอุปสรรคจากรอบที่ 1 มาปรับปรุงการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานทั้งในบุคลากรและผู้ดูแลร้อยละ 80 หลังจากนั้นจึงนำไปใช้จริงระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2568

การสะท้อนผล (reflection) ในการศึกษาครั้งนี้ มีการประเมินเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่อง และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรจำนวน 33 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การตอบ คือ เห็นด้วย/ปฏิบัติ (รหัส 1), ไม่เห็นด้วย/ไม่ปฏิบัติพร้อมทั้งให้เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติ (รหัส 0) การแปลผลรวม 33 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ ระดับน้อยที่สุด (0.00-6.60 คะแนน) ระดับน้อย (6.61-13.21 คะแนน) ระดับค่อนข้างมาก (13.22-19.82 คะแนน) ระดับมาก (19.83-26.43 คะแนน) ระดับมากที่สุด (26.44-33.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลจำนวน 20 ข้อ เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับด้านความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ดูแล การตอบเป็นมาตรวัด 1-5 ระดับ⁽¹²⁾ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ ระดับน้อยที่สุด (0.00-20.00 คะแนน) ระดับน้อย (20.01-40.00 คะแนน) ระดับค่อนข้าง

ข้างมาก (40.01-60.00 คะแนน) ระดับมาก (60.01-80.00 คะแนน) ระดับมากที่สุด (80.01-100.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (บันทึกโดยทีมวิจัย) จำนวน 19 ข้อ เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการอยู่อาศัย อาชีพก่อนป่วย รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว กิจกรรมทางศาสนา บุคคลที่ให้การดูแล สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ป่วย การรักษา จำนวนครั้งที่กลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาล และโรคประจำตัว แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจำนวน 8 ข้อ การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงอาการของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้แบบประเมิน PPS (palliative performance scale)⁽¹³⁾ ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว การแปลผลอาการรวม 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ อาการหนัก (8.00-26.67 คะแนน) อาการทรงตัว (26.68-53.34 คะแนน) อาการระดับดี (53.35-80.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หาค่าความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try-out) ในประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในหน่วยบริการเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปรากฏผลคือ การปฏิบัติของการของบุคลากรมีความเชื่อมั่น 0.91 การปฏิบัติของผู้ดูแลมีความเชื่อมั่น 0.89 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.89

การวิเคราะห์และสถิติ

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา อธิบายด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังพัฒนา กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed ranks test กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้ paired t-test

การพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7668 วันที่รับรอง 8 เมษายน 2568 ผู้วิจัยพึงรับผิดชอบการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายและกระบวนการที่ระบุไว้ในโครงร่างวิจัยด้วยการควบคุมคุณภาพอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาด้านการวางแผน (planning)

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (input) เพื่อออกแบบร่างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทบทวนประสบการณ์ตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า เบื้องต้นพบปัญหารูปแบบเดิม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน 2) การได้รับบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านที่ขาดประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล และ 3) ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน การปฏิบัติการ (action) กระบวนการ (process) การพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนมี 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อฝึกทักษะผู้ดูแล 2) การพัฒนาการให้คำปรึกษาเน้นด้านการตระหนักชีวิตและจิตวิญญาณ 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางด้านกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ 4) สนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วย 5) การดูแลด้านจิตใจ เน้นการแสดงออกทางคำพูด สีหน้า สายตาและการสัมผัสผู้ป่วย 6) การดูแลระยะท้ายเน้นให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยให้แก่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุดเน้นการช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย 8) การอโหสิกรรมให้มีความสำคัญต่อบุคคลทางวัฒนธรรมดูแลการเตรียมตัวช่วงเผชิญกับการเสียชีวิต การสังเกตผล (observation) การทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 2 รอบ พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง คือ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน การทดลองครั้งที่ 2 จึงนำปัญหาอุปสรรคจากรอบที่ 1 มาปรับปรุงการดำเนินงานโดยการปฏิบัติการให้ครบทั้ง 8 กิจกรรม⁽¹⁰⁾ การสะท้อนผล (reflection) ได้แก่ ผลการปฏิบัติการดูแลประคับประคองของบุคลากร ผลการปฏิบัติการของผู้ดูแล ผลการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบ ผังความเชื่อมโยงของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี (Figure 1)

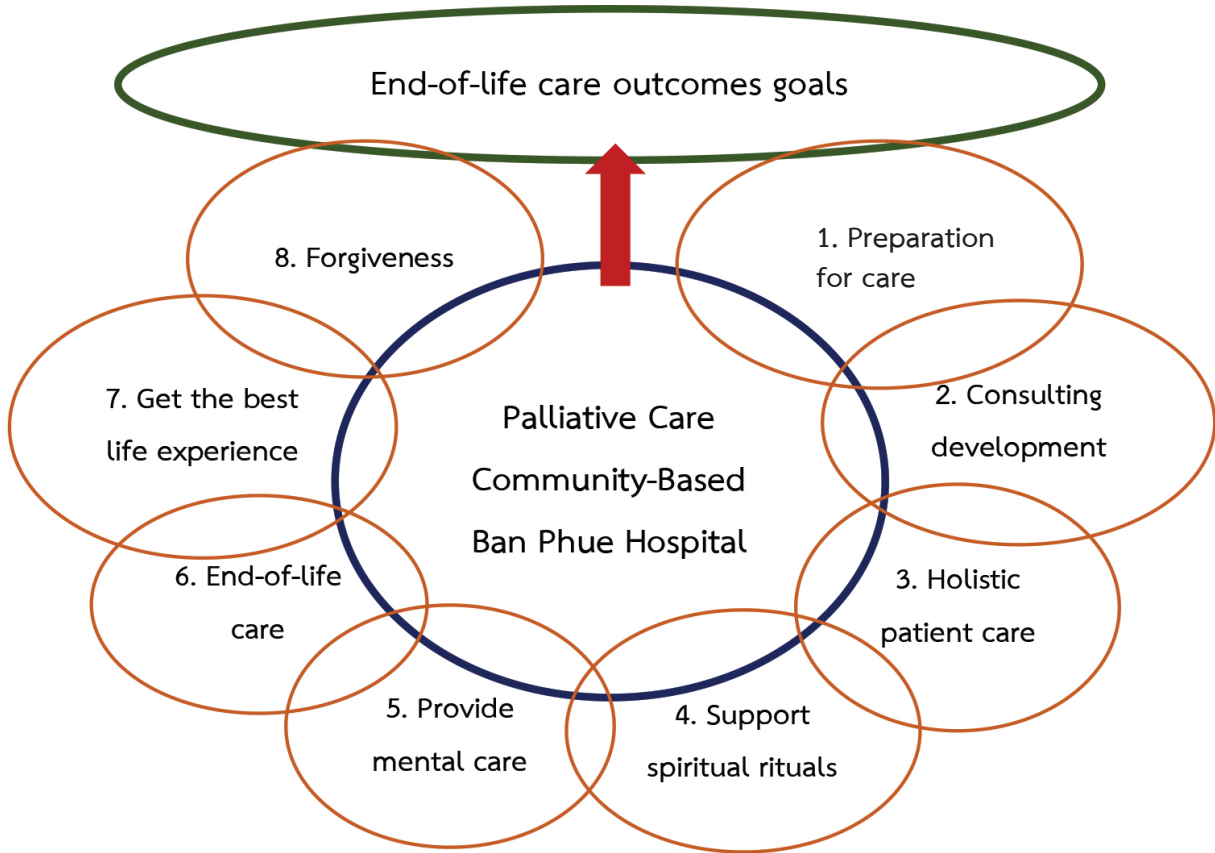


Figure 1 Flow chart of the linkage of palliative care systems in the community⁽¹⁰⁾

2. ผลการพัฒนาบุคลากร พบว่า ภายหลังจากพัฒนาบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลระดับประคองอยู่ในระดับ

มากที่สุดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.4 เป็นร้อยละ 92.2 (Table 1)

Table 1 Palliative care practice levels before and after training (N=51)

Palliative care practice 33 total score	Before training		After training	
	Number	%	Number	%
Low level (6.61-13.21 scores)	2	3.9	0	0.0
Quite high level (13.22-19.82 scores)	3	5.9	0	0.0
High level (19.83-26.43 scores)	5	9.8	4	7.8
Highest level (26.44-33 scores)	41	80.4	47	92.2

ค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติการดูแลระดับ
ประคอง พบว่า ภายหลังการพัฒนา บุคลากรมีการปฏิบัติ

การดูแลระดับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($Z = -4.124, p < 0.001$) (Table 2)

Table 2 Median palliative care practice scores before and after development (N = 51)

Practice 33 total score	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
Before development	30.0	24.0-32.0		
After development	31.0	30.0-32.0	-4.124	0.000*

* $p < 0.05$, Wilcoxon signed-rank test; IQR = interquartile range, Q = quartile

3. ผลการพัฒนาผู้ดูแล พบว่า ภายหลังการพัฒนา
ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความต้องการและการปฏิบัติโดยรวมเพิ่ม

ขึ้น จากระดับค่อนข้างมากร้อยละ 48.4 เป็นระดับมาก
ที่สุด ร้อยละ 87.1 (Table 3)

Table 3 Overall caregiver needs and practices before and after development (n = 31)

Caregiver needs and practices 100 total scores	Before		After	
	Number	%	Number	%
Low level (20.01-40.00 scores)	8	25.8	3	9.7
Quite high level (40.01-60.00 scores)	15	48.4	0	0.0
High level (60.01-80.00 scores)	4	12.9	1	3.2
Highest level (80.01-100 scores)	4	12.9	27	87.1

ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการ ความเชื่อและการ
ปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า ภายหลังการพัฒนา ผู้ดูแลมีความ
ต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยรวมเพิ่ม
ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 2.70-11.29, $p =$

0.022) โดยพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการ ความเชื่อและการ
ปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุด คือ ด้านร่างกาย ($p = 0.001$) รอง
ลงมา คือ ความเชื่อทางศาสนา ($p = 0.004$) และน้อยที่สุด
คือ ด้านจิตวิญญาณ ($p = 0.018$) ตามลำดับ (Table 4)

Table 4 Mean scores of caregivers' needs and practices before and after the development (n = 31)

Caregiver needs and practices	Before	After	95%: CI	t	p-value
	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.			
Physical side	15.16 \pm 2.86	16.94 \pm 2.06	2.80-3.74	-3.511	0.001*
Spiritual aspect	17.77 \pm 3.53	18.97 \pm 2.68	2.17-3.21	-2.495	0.018*
Religious beliefs	18.52 \pm 2.94	19.58 \pm 2.75	1.76-3.36	-3.097	0.004*
Social support	19.03 \pm 3.91	20.42 \pm 3.19	2.36-3.40	-2.896	0.007*
100 total score	68.90 \pm 13.98	75.90 \pm 6.51	2.70-11.29	-3.326	0.002*

* $p < 0.05$, paired t-test; S.D. = standard deviation



4. ผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคือร้อยละ 64.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 71.0 (mean = 64.74, SD = 13.76, min = 36, max = 90) อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 80.6 อาชีพก่อนป่วยเป็นเกษตรกรร้อยละ 45.2 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80.6 แหล่งรายได้คือเงินผู้สูงอายุร้อยละ 25.8 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 67.7 สมาชิกในครอบครัวต่ำกว่า 5 คนร้อยละ 54.8 ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 61.3 มีบุตรเป็นผู้ให้การดูแลใกล้ชิดร้อยละ 41.9 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 90.3 การวินิจฉัย

เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 32.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1 ปีร้อยละ 77.4 มีการรักษาดูแลประคับประคองตามอาการ ร้อยละ 38.7 การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ร้อยละ 58.1 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและไตเรื้อรังร้อยละ 22.6 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะจิตใจสงบได้ทำกิจกรรมทางศาสนาร้อยละ 64.5

ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแรกรับที่มีอาการหนักร้อยละ 90.3 หลังจากวางแผนเสียชีวิตมีอาการทรงตัวอย่างสงบในวาระสุดท้าย ร้อยละ 93.5 (Table 5)

Table 5 Overall severity of patient symptoms (n = 31)

Severity of patient symptoms 80 total scores	Before		After	
	Number	%	Number	%
Severe symptoms (8.00-26.67)	28	90.3	2	6.5
Stable condition (26.68-53.34)	3	9.7	29	93.5

วิจารณ์และข้อยุติ

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้วงจร PAOR มีผลการศึกษา คือ ด้านการวางแผน (planning) ในเบื้องต้นพบว่า มีปัญหาในรูปแบบเดิม คือ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 2) การได้รับบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านที่ขาดประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล⁽⁶⁾ และ 3) ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนขาดการปรับปรุงตามมาตรฐานการดูแลที่ปรับเปลี่ยน

ไปในแต่ละปี ดังนั้น ทีมวิจัยจึงมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดูแล 2) การจัดทำแผนการดูแล 3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) แผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และ 5) แผนการประเมินผล ด้านการปฏิบัติการ (action) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน โดยมี 8 กิจกรรม คือ 1) การเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะผู้ดูแล 2) การพัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลด้านจิตใจ 6) การดูแลระยะท้าย 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด 8) การอภิบาลกรรม ด้านการสังเกตผล (observation) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดระยะเวลา 5 เดือน ด้านการสะท้อนผล (reflection) สรุปผลการปฏิบัติการครบ

ทั้ง 8 กิจกรรม ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแรกรับที่มีอาการหนักคือร้อยละ 90.3 หลังจากได้วางแผนเสียชีวิตแล้วมีอาการทรุดตัวอย่างสงบในวาระสุดท้ายร้อยละ 93.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ การพัฒนาศักยภาพการดูแลให้แก่พยาบาลทั้งในด้านความรู้และการบริหารนโยบายพยาบาลดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ การให้การสนับสนุนทรัพยากรช่วยในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ต้องมีการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวและอบรมพัฒนาศักยภาพแก่พยาบาล⁽¹⁵⁾ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จะเอื้อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ได้ใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายอย่างมีคุณค่าอย่างสมศักดิ์ศรี⁽¹⁶⁾

ผลการพัฒนาบุคลากร พบว่า ภายหลังจากพัฒนาบุคลากร มีการปฏิบัติดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีการบันทึกบททวนความรู้และการปฏิบัติดูแลบททวนประเมินอาการ วางแผนการดูแลใหม่ตามปัญหาของผู้ป่วย และการจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วย การพัฒนาเพิ่มเติมจากระบบเดิมที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงบูรณาการการดูแลกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ระบบการดูแลประคับประคอง ทั้ง 8 กิจกรรมนี้ส่งผลให้โดยรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะจิตใจสงบในวาระท้ายของชีวิตทั้งที่ผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลและที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนืองที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่พบว่า ภายหลังจากพัฒนา มีการปฏิบัติตามรูปแบบอย่างถูกต้องความเหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾ และผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบ

ประคับประคองในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมที่บ้าน ช่วยลดภาระของโรงพยาบาล และยังช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย⁽¹⁸⁾

ผลการพัฒนาผู้ดูแล พบว่า ภายหลังจากพัฒนา ผู้ดูแลมีความต้องการ ความเชื่อและการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยโดยไม่เป็นการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ญาติและครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง จึงทำให้มีความเชื่อและการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นทั้งในด้านร่างกาย ความเชื่อทางศาสนาและด้านจิตวิญญาณ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้าน ที่พบว่า การพัฒนาบทบาทผู้ดูแลในการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตนั้น ที่สำคัญคือ การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัวให้สามารถปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย อตมโนทัศน์ และการพึ่งพา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁹⁾ และการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽²⁰⁾

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะจิตใจสงบและได้ทำกิจกรรมทางศาสนาร้อยละ 64.5 มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบร้อยละ 90.3 ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด คือ เคลื่อนไหวและทำกิจกรรมไม่ได้ รongลงมา คือ ไม่สามารถทำงานได้เพราะมีอาการของโรคมามาก และนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทั้งนี้เนื่องจากหลังพัฒนาบุคลากรและผู้ดูแลมีการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นจึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม



ระยะสุดท้ายในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยทุเลาจากปัญหาที่พบ และอาการเจ็บป่วยและภาวะร่วม ยอมรับในระยยะดำเนินการของโรค ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความเข้าใจแนวทางการรักษา และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจนวาระสุดท้าย⁽²¹⁾

ข้อเด่นของการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝื่อนี้ ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้โดยรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่มิภาวะจิตใจสงบในระยยะท้ายของชีวิต

ข้อด้อยของการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในอุปสรรค อาจเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวยังอยู่ในสภาวะไม่พร้อมทางจิตใจ อาจรวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและแนวทางการรักษาโรคมยังไม่ตรงกับทีมการรักษา ความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวจึงไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งทีมวิจัยจะได้ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อหาทางแก้ไขต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย (เฉพาะในเครือข่ายบ้านฝื่อ) ทำให้การสรุปผลไปใช้ในบริบทอื่นอาจต้องระวัง, การติดตามผลในระยะสั้น (5 เดือน) หรือการประเมินผลจากแบบสอบถามทำให้มีโอกาสที่จะเกิด bias ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ แนวทางการดำเนินการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่ต้องการ และลดความยุ่งยากในการตัดสินใจ

ในช่วงเวลาที่ยากลำบาก

2. การขยายผล การนำระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนี้ไปใช้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่ต้องการ

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาผลลัพธ์ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มผู้ป่วยแต่ละโรค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ที่ให้คำแนะนำปรึกษาการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Palliative care [internet]. 2024 [cited 2024 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
2. Ministry of Public Health. Medical and public health data warehouse system (HDC) [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2025 Feb 4]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8eb4ec8a40c080aadfdbb895be74e771>. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. HDC standard report, service plan information, intermediate & palliative care branch [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2025 February 4]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/udn/public/standard-report-detail/9f650a39de3038adcfc9ae5f-15c02ba5>. (in Thai)
4. Prommarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. J Med Health Sci 2023;30(1):1-13. (in Thai)
5. Sunthonwiphat M, Thongsuk P, Purinthrapibal S. Effects of the discomfort symptoms management training program for end stage cancer patients receiving palliative care on knowledge and confidence of novice nurse in Songklanagarind Hospital. Journal of Health Research and Innovation 2025;8(1):1-16.

- (in Thai)
6. Ban Phue Hospital. Patient medical record information [internet]. Udon Thani: Ban Phue Hospital; 2025 [cited 2025 Feb 4]. Available from: <https://www.banphuehospital.com/web>. (in Thai)
 7. Chirawatkul A. Statistics in research: how to choose the right method. Bangkok: Witthayaphat; 2014. (in Thai)
 8. Boonyoung S, Wisai K. Palliative outcome score, stress and depression of the caregivers after implemented home-based palliative care guideline among terminally ill patients of primary care network, Phrao District, Chiang Mai Province. *Lanna Public Health Journal* 2020;16(2):104-17. (in Thai)
 9. Kemmis S, McTaggar M, Eds. *The action research planner*. Victoria, Australia: Deakin University; 1988.
 10. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *Handbook of palliative and end-of-life care (for medical personnel)*. Bangkok: Printing Office, Veterans Welfare Organization; 2020. (in Thai)
 11. Best JW. *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
 12. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," reading in attitude theory and measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Sons; 1974.
 13. Chaturaphatphon D. Methods for assessing the patient's ability to help themselves by Palliative Performance Scale: PPS [internet]. Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2019 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th>. (in Thai)
 14. Nagano H, Obara H, Takayama Y. A brief home-based palliative care learning experience for medical students and resident doctors in Okinawa, Japan. *PLoS One*. 2019;14(6):80-91.
 15. Hassankhani H, Rahmani A, Best A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Barriers to home-based palliative care in people with cancer: a qualitative study of the perspective of caregivers. *Nurs Open*. 2020;7(4):1260-8.
 16. Maneetapo N, Choosri P, Jedsadayanmetha S, Tuandeang P, Sittisart V. Development of a palliative nursing care system. *Journal of Nursing and* 2022;40(4):1-12. (in Thai)
 17. Panrasri P, Naksuksuk P. Development of a model for continuous home palliative care in primary care networks. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(1):40-55. (in Thai)
 18. Chowdhury MK, Sarker M, Ahmad N. A home-based palliative care pilot project for the patients and families with incurable diseases in Bangladesh. *BIRDEM Medical Journal* 2021;11(3):202-11.
 19. Phonsawat B, Pholperm A, Menongwah J, Kanyakan K. Developing a participatory palliative care model of Dong Hong Hae Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal* 2024;22(2):37-48. (in Thai)
 20. Phatharapreeyakul L. Palliative nursing care for patients with advanced stage lung cancer at home. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2019;2(2):83-99. (in Thai)
 21. Yukhong A. Nursing care of the patient malignant neoplasm of breast cancer in community: a case study. *Yasothon Medical Journal* 2022;24(1):88-97.