

สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี

Situations and Needs in Community-Based Palliative Care: A Case Study of Sub-district Health Promoting Hospitals in Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 25,2024 ; Revised: August 28,2024 ; Accepted: August 29,2024)

บรรเทิง พลสวัสดิ์<sup>1</sup> อรทัย พินสุวรรณ<sup>1\*</sup> ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์<sup>1</sup>  
บุญรักษ์ เชิงชุมพิทักษ์<sup>1</sup> พัชรี ไจการุณ<sup>2</sup> เพชรไทย นิรมานสกุลพงษ์<sup>3</sup>  
Buntherng Phonsawat<sup>1</sup> Orathai Pinsuwan<sup>1\*</sup> Prangthip Thasanoh Elter<sup>1</sup>  
Boonrak Choengchumpitak<sup>1</sup> Patcharee Jaigarun<sup>2</sup> Petthai Niramansakulpong<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์และคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 คน ได้รับการคัดเลือกเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ให้บริการ 6 คน เครือข่ายชุมชน 8 คน และกลุ่มผู้รับบริการ 4 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน พบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ การจัดการอาการ และการสนับสนุนทรัพยากร 2) การมีส่วนร่วมในการดูแล พบความสำคัญของบทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ยังมีข้อจำกัดในการประสานงานและการสื่อสาร 3) ความรู้และทักษะในการดูแล พบว่าทั้งบุคลากรและผู้ดูแลยังต้องการการพัฒนา 4) นโยบายและแนวทางการดูแล พบว่ายังขาดความชัดเจนทั้งในระดับท้องถิ่นและชุมชน และ 5) ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา พบทั้งอุปสรรคด้านบุคลากรและทรัพยากร และโอกาสในการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ABSTRACT

This survey research aimed to study the situation of participatory palliative care in a sub-district health promoting hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. Data was collected through in-depth interviews and focus group discussions using interview forms and focus group questions, which were validated for content validity by three experts, with a content validity index of 1.00. The 18 key informants were selected through purposive sampling, consisting of 6 service providers, 8 community network members, and 4 service recipients. Data analysis was conducted using content analysis.

The research findings revealed five key aspects: 1) The situation of palliative care in the community found limitations in service access, symptom management, and resource support. 2) Participation in care found the importance of stakeholder roles, but limitations in coordination and communication persisted. 3) Knowledge and skills in care found that both personnel and caregivers still required development. 4) Care policies and guidelines found a lack of clarity at both local and community levels. 5) Challenges and opportunities for development found both obstacles in personnel and resources, and opportunities for creating community care networks.

Keywords: palliative care, community participation, end-of-life care

<sup>1</sup> อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

<sup>2</sup> อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลมะเร็ง

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: orathai.p@rtu.ac.th

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ระบบการดูแลในประเทศไทยยังขาดความชัดเจนและไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคม แม้ว่าความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเพิ่มสูงขึ้น แต่นโยบายสุขภาพยังคงเน้นการรักษาผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังเป็นหลัก ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกละเลย องค์การอนามัยโลกได้นิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลสุขภาพในผู้ที่ทุกข์ทรมานจากโรคที่คุกคามชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้<sup>1</sup> ในประเทศไทย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2523 โดยเน้นการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย และต่อมาได้มีการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปี พ.ศ. 2539<sup>2</sup> อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยยังคงเป็นความท้าทายในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่างๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมักมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการไม่สบายได้ยาก การศึกษาของเบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์<sup>3</sup> พบว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองควรเน้นการจัดการอาการปวด การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากต้องการกลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้าน แต่ญาติมักจะไม่เห็นด้วยเนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้เท่าที่โรงพยาบาล อีกทั้งหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน จะไม่สามารถควบคุมได้

ทันเพราะห่างไกลแพทย์<sup>4</sup> ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับชุมชนเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากชุมชนยังขาดระบบรองรับการดูแลที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความปรารถนา การศึกษาของบรรเทิง พลสวัสดิ์<sup>5</sup> พบว่าการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อในระดับชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ นอกจากนี้ การศึกษาของฐิติพร จตุพรพิพัฒน์<sup>6</sup> ยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามควรเน้นการดูแลแบบองค์รวม การเชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตาม การบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง<sup>7</sup> ได้เสนอการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยนโยบาย โครงสร้าง ทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร การจัดระบบบริการ และความร่วมมือของชุมชน นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Chung และคณะ<sup>8</sup> (2021) ยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาบริการดูแลแบบประคับประคองควรให้ความสำคัญกับการจัดการโรคที่ไม่ใช่มะเร็งและการบูรณาการเข้ากับบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการสร้างบริการที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและเหมาะสมทางวัฒนธรรม

ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายใน  
ชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบ  
การดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การ  
ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ  
ครอบครัวในบริบทของสังคมไทย โดยมีวัตถุประสงค์  
เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษา  
สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองของ รพ.  
สต. ดังกล่าว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม -  
ธันวาคม 2565

#### ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 3  
กลุ่ม ที่ให้บริการหรืออาศัยอยู่ในเขตบริการของ ต.  
ปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล  
หลักใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive  
sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม จำนวนรวมทั้งสิ้น 18  
คน ดังนี้:

1. ผู้ให้บริการ: ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ดูแล  
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร  
พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตบริการของ  
รพ. สต.ดงห้องแห่ จำนวน 6 คน ได้แก่ แพทย์ (1 คน)  
เภสัชกร (1 คน) พยาบาลวิชาชีพ (3คน) และ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (1 คน) เกณฑ์การคัดเลือก  
ประกอบด้วยการเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในสห  
วิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ หรือ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. หรือ  
โรงพยาบาลแม่ข่าย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย  
แบบประคับประคองในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และ  
ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก  
คือการไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มหรือให้  
สัมภาษณ์ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

2. เครือข่ายชุมชน: ประกอบด้วยผู้สูงอายุ  
ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำทาง  
ศาสนา ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา และญาติผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล  
หลักจำนวน จำนวน 8 คน ได้แก่ตัวแทนจากกลุ่ม  
ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยเรื้อรัง  
กลุ่มละ 1 คน เกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วยการเป็น  
ตัวแทนจากกลุ่มต่างๆดังกล่าว มีส่วนร่วมหรือมี  
ประสบการณ์ เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ  
ประคับประคองในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุ  
18 ปีขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา  
เกณฑ์การคัดออกคือการไม่สามารถเข้าร่วมการ  
สนทนากลุ่มได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด หรือมี  
ข้อจำกัดทางด้านการศึกษาที่อาจส่งผลกระทบต่อมีส่วนร่วม  
ในการสนทนากลุ่ม

3. ผู้รับบริการ: ประกอบด้วยผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองหรือญาติ/ผู้ดูแลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลัก  
จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย  
ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องได้รับการดูแลแบบ  
ประคับประคอง (จำนวน 2 คน) และญาติหรือผู้ดูแล  
หลัก (จำนวน 2 คน) เกณฑ์คัดเลือกของผู้ป่วยคือ คือ  
มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ส่วน  
ญาติหรือผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย  
แบบประคับประคองมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และมี  
อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งสองกลุ่มต้องยินดีเข้าร่วม  
การศึกษาและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การ  
คัดออกคือมีอาการทางจิตหรือภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่  
อาจส่งผลกระทบต่อให้ข้อมูล หรือไม่สามารถเข้าร่วมการ  
สัมภาษณ์ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัย 3 ชุด เพื่อ  
วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคอง  
โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยประยุกต์จากแนวคิด  
ขององค์กรอนามัยโลก<sup>1</sup> ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยและญาติ  
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประเด็นคำถามสำหรับผู้ป่วย เน้น  
เรื่องการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแล  
ประเด็นคำถามสำหรับญาติเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วย  
และความต้องการการสนับสนุน

2.แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับทีมผู้ให้บริการ โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็น คือ การดูแลแบบประคับประคอง ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข และรูปแบบการดูแลที่ต้องการ

3.แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่วิจัย โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็น คือ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข และรูปแบบการดูแลที่ต้องการ

### การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและด้านสาธารณสุขเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาในข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของประเด็นที่ต้องการศึกษา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 หลังการทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot Testing) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเครือข่ายชุมชน กลุ่มละ 2 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถาม ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผลจากการทดลองใช้ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่

1.กลุ่มผู้ให้บริการ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลในเวลาที่จะสะดวกเพื่อชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นจัดการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้เข้าร่วมทุกฝ่าย

2.กลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยเริ่มจากการสำรวจเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่วิจัยเพื่อค้นหาครอบครัวที่อยู่ในระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง จากนั้นติดต่อครอบครัวเป้าหมาย อธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอมเมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งผู้ป่วยและญาติตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย โดยเน้นความสะดวกและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

3.เครือข่ายชุมชนเริ่มจากการติดต่อผู้นำชุมชนเพื่อสอบถามข้อมูลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อกลุ่มเป้าหมาย อธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอม แล้วจึงจัดการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้เข้าร่วมทุกคน

ในการเก็บข้อมูลทุกกลุ่มผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งระยะเวลาในการสนทนาหรือสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทป และให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเหมาะสมของสถานที่ ความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามหลักจริยธรรม

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 168.1 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวจากการ

วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริงในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลในที่ปลอดภัยและทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่ระบุตัวบุคคล เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Erlingsson และ Brysiewicz<sup>22</sup> (2017) โดยดำเนินการกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มตลอดกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการสะท้อนคิด (Reflective Process) โดยย้อนกลับไปทบทวนข้อมูลดิบและปรับแก้การวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับขนาดของหน่วย

ความหมาย หรือการปรับชื่อหมวดหมู่ให้อธิบายรหัสที่รวมอยู่ได้อย่างแม่นยำ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนตรวจสอบ (Member Checking)

### ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ได้แก่นสาระ (Theme) แก่นสาระย่อย (Subtheme) และหมวดหมู่ (Categories) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแก่นสาระหลัก แก่นสาระรอง และหมวดหมู่

แก่นสาระหลัก	แก่นสาระรอง	หมวดหมู่
1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน	1.1 การเข้าถึงบริการและการส่งต่อ	- การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. - การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง - ระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย
	1.2 การจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน	- การจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ - การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น - การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
	1.3 การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์	- ความพร้อมของอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น - ระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ - การจัดการงบประมาณและค่าใช้จ่าย
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	2.1 บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- บทบาทของทีมสหวิชาชีพ - การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล - การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัคร
	2.2 การประสานงานและการสื่อสาร	- การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว - การประสานงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่าย - ช่องทางการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูล
3. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	3.1 ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ	- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง - ทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะท้าย
	3.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร	- ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.1 นโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชน	- การจัดตั้งคณะกรรมการหรือเครือข่ายการดูแล - การกำหนดแนวทางการดูแลเฉพาะของพื้นที่

ตารางที่ 1 แสดงแก่นสาระหลัก แก่นสาระรอง และหมวดหมู่

แก่นสาระหลัก	แก่นสาระรอง	หมวดหมู่
	4.2 แนวทางการปฏิบัติ	- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า - แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
5. ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา	5.1 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	- ข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร - ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
	5.2 โอกาสในการพัฒนา	- การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน - การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน

## 1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนสะท้อนถึงความพร้อมและความท้าทายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยระยะท้าย โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

### 1.1 การเข้าถึงบริการและการส่งต่อ

การเข้าถึงบริการและการส่งต่อครอบคลุมถึงกระบวนการเชื่อมต่อข้อมูล การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. เป็นประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญ โดยพบว่ายังมีข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ควรจะมีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลของ รพ. ซึ่งน่าจะยังไม่มี" (FC1-01) นอกจากนี้การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองยังไม่มี ความชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะว่า "“ควรจะมีใครที่เรีย (Criteria, เกณฑ์) ในการเลือกเคส (Case, กรณีหรือผู้ป่วย) เข้า บางรายเขามีความรู้นะเพียงแต่เขาไม่มั่นใจเฉยๆ”" (FC1-02) ระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยยังขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ใครจะเป็นคนแจ้งก่อน ระบบรีเฟอร์ (Refer, ส่งต่อ) เป็นยังไง อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) น่าจะรู้เป็น

คนแรก และรายงาน" (FC1-02) จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูล การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และการปรับปรุงระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

### 1.2 การจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน

การจัดการอาการและความทุกข์ทรมานครอบคลุมการจัดการความปวดและอาการไม่สบายอื่น ๆ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยพบว่ามีข้อจำกัดในการจัดการอาการปวดเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ในสถานพยาบาลที่รักษาเขาคงจะปรับยาแก้ปวดมาซักระยะแล้ว แต่ถ้ามาอยู่บ้านถ้ามีอาการก่อนนัด ผู้ป่วยมักไม่กล้าไปเพราะกลัวโดนดุ ปัญหานี้ น่าจะแก้ที่ระบบ และข้อมูล แพทย์ต้องสั่ง" (FC1-03) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นยังเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการเข้าถึงยาแก้ปวดยาระงับปวดกลุ่มฝิ่น (Opioids) ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะว่า "ต้องประเมินผู้ป่วยประเมินญาติ แต่ความเจ็บปวด ทรมาน ถ้ามียามอร์ฟีน ซัพพอร์ต (Support, สนับสนุน) ได้ก็จะดี ให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีไม่ทรมานเหมือนแนวคิดขององค์การอนามัยโลกบอก" (FC1-02) ส่วนการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้มีการเน้นย้ำว่า "พวกเรา ดูแลสภาพจิตใจร่างกาย วางแผน โดยดูประวัติ คนไข้ ญาติ ชาตอะไรก็ช่วยกันหา เพื่อให้เขามีกำลังใจ" (FC1-04)

### 1.3 การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์

การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ครอบคลุมถึงความพร้อมของอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น ระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ และการจัดการงบประมาณและค่าใช้จ่าย โดยพบว่ายังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น "ขาดอุปกรณ์ เติง ออกซิเจน" (FC1-06) ระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ยังไม่มี ความชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จึงมีข้อเสนอแนะว่า "น่าจะทำศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประจําและหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ผู้ป่วยยืมใช้ ซึ่งต้องมีข้อมูลและอุปกรณ์ และการบริหารจัดการโดยชุมชน" (FC1-05) และการจัดการงบประมาณและค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิการรักษาในพื้นที่ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "มีคนไข้ที่ไม่มีสิทธิบัตรในเครือข่ายเรา ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยก็ต้องจ่ายเงิน คนไข้กับญาติจะไหวมั๊ย ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ราคาสูง ญาติเขาก็ไม่มีเงิน เราจะช่วยกันแก้ปัญหาอย่างไร" (FC1-04) ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและเน้นถึงการดูแลผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษา

## 2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบ ระดับประจํา

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบระดับประจําเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

### 2.1 บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย

บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครอบคลุมถึงบทบาทของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล ชุมชนและอาสาสมัคร โดยทีมสหวิชาชีพเป็นฝ่ายวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ดังคำที่ว่า "ประชุมทีมงานในการวางแผนว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร แล้วลงไปในพื้นที่เตรียมสถานที่ ญาติ ผู้นำ อสม.ว่าจะมีแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างไร" (FC1-02)

ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสุขภาพในการสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าวที่ว่า "เรารับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร วางแผนกับญาติและเจ้าหน้าที่ ร่วมกันและวางแผนออกเยี่ยมบ้าน เป็นระยะ แต่คงไม่ไปตลอด ต้องให้ญาติเขาดูแล เราเป็นที่เลี้ยง น่าจะมีการสร้างเครือข่าย มีทีมงานในชุมชนลงไปดูแลซัพพอร์ตจิตใจ" (FC1-01) การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครช่วยในการสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืน โดยมีการเสนอให้มีการจัดตั้งเครือข่ายในชุมชน "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05)

### 2.2 การประสานงานและการสื่อสาร

การประสานงานและการสื่อสารครอบคลุมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว การประสานงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่าย รวมถึงช่องทางการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวเน้นการวางแผนร่วมกันและการให้ข้อมูลที่จำเป็น ดังคำกล่าวที่ว่า "ดูประวัติคนไข้ก่อน ว่าเขามีอะไรติดตัวออกมาด้วยต้องศึกษาเคส ครอบครัว มีอะไรขาด แต่ละเคส ไม่เหมือนกัน" (FC1-01) ส่วนการประสานงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่ายยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการในชุมชน ดังคำกล่าว "ควรจะมีการพัฒนาระบบการ ส่งต่อข้อมูลของ รพ. ซึ่งน่าจะยังไม่มี" (FC1-01) ช่องทางการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลยังไม่มี ความชัดเจน แต่มีความพยายามในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร ดังคำกล่าว "เคยประสานที่ศูนย์มะเร็ง เขายินดีจะส่งต่อข้อมูลให้ อุปกรณ์ที่ขาด สามารถติดสจาร์จ แพลนนิ่ง (Discharge Planning, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย) ได้ หรือคอนซัลต์ (Consult, บริการ) ทางไลน์ (Line, แอปพลิเคชันสื่อสาร) ได้ เขามีตัวแทนของศูนย์แต่ละศูนย์ แต่ต่างฝ่ายต่างทำ" (FC1-04) ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงาน "น่าจะมีโฟลว์ชาร์ต (Flow Chart,

แผนภูมิขั้นตอนการทำงาน) การดูแลสมมุติว่ามีอะไรเกิดขึ้นใครจะอเลิร์ต (Alert, แจ้งเตือน) ก่อน ต้องทำอย่างไร 1 2 3 ข้อมูลอะไรบ้าง" (FC1-02)

### 3. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ รวมถึงผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชน

#### 3.1 ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ

ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะท้าย ทั้งนี้ความรู้ยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ความรู้ ทักษะการดูแลในพีซี (PC, Palliative Care, การดูแลแบบประคับประคอง) โรคอื่นนอกเหนือจากมะเร็ง และการดูแลภาวะวิกฤต" (FC1-03) รวมทั้งทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะท้าย โดยเฉพาะการจัดการความปวดและความทุกข์ทรมาน เช่น "ต้องประเมินผู้ป่วยประเมินญาติ แต่ความเจ็บปวด ทรมานถ้ามียามอร์ฟีนส์ซัพพอร์ตได้ก็จะดี ให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีไม่ทรมานเหมือนแนวคิดขององค์การอนามัยโลกบอก" (FC1-02) รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรสุขภาพ "พวกเรา ดูแลสภาพจิตใจ ร่างกาย วางแผน โดยดูประวัติ คนไข้ ญาติ ขาดอะไรก็ช่วยกันหาเพื่อให้เขามีกำลังใจ" (FC1-04)

#### 3.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลและ อาสาสมัคร

ความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัครครอบคลุมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยพบว่ามีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็น เช่น "บางครั้งญาติก็ไม่รู้จริง ๆ กลัวคนไข้หิว ไม่มีเอกสารหรือแผ่นพับให้ญาติได้อ่านวิธีดูแลนะ" (FC1-05) และขาดทักษะด้าน

การสังเกตอาการและการดูแลพื้นฐาน โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า "บ่เยี่ยวกะสิสวน วัดความดันอยู่ตลอด แม้กระทั่งหลับกะสิปลุกให้ตื่น ไม่รู้อาการระยะสุดท้าย" (FC1-02) นอกจากนี้ ยังได้เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่มีประสิทธิภาพ "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05)

### 4. นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางและมาตรฐานการดูแล ครอบคลุมทั้งนโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

#### 4.1 นโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชน

นโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชนใช้ในการสร้างระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการหรือเครือข่ายการดูแล และการกำหนดแนวทางการดูแลเฉพาะของพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการจัดตั้งคณะกรรมการหรือเครือข่ายการดูแลยังขาดการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังคำกล่าวที่ว่า "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05) การกำหนดแนวทางการดูแลเฉพาะของพื้นที่ยังไม่ชัดเจน โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการขาดนโยบายเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง "รู้แต่ว่ามีนโยบายการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตาม KPI แต่ของเรายังไม่ได้มีนโยบายเฉพาะของเรา" (FC1-05) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะให้มีการจัดการทรัพยากรในชุมชน "น่าจะทำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองและหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ผู้ป่วยยืมใช้ ซึ่งต้องมีข้อมูลและอุปกรณ์และการบริหารจัดการโดยชุมชน" (FC1-05)

#### 4.2 แนวทางการปฏิบัติ



แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรเน้นการประเมิน และเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เช่น "ดูประวัติคนไข้ก่อน ว่าเขามีอะไรติดตัว ออกมาด้วยต้องศึกษาเคส ครอบคลุม มีอะไรขาด แต่ละเคสไม่เหมือนกัน" (FC1-01) ส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่มีชัดเจน จึงเสนอให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ดังนี้ "ประชุมทีมงานในการวางแผนว่าจะดูแลผู้ป่วยยังไง แล้วลงไป พท.เตรียมสถานที่ ญาติ ผู้นำ อสม.ว่าจะมีแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างไร" (FC1-02) การดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว "เวลาดูแล อย่าเอาเราเป็นศูนย์กลาง ต้องเอาคนไข้เป็นศูนย์กลาง เราเป็นพี่เลี้ยงซัพพอร์ตเป็นบางช่วง ถ้าเราเอาตัวเราเข้าไปเกินไปจะยาก เวลาทำงาน ต้องหาทีมงานในชุมชนมาช่วย" (FC1) รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง "เคยเห็นเปิดธรรมะให้ฟัง เพื่อให้ปลงว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และให้การดูแลตามที่คนไข้ต้องการ อยากกินอะไรก็ให้กิน เดี่ยวจะว่าตายไปแล้ว ไม่ได้กิน" (FC1-01)

## 5. ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา

ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสะท้อนถึงสถานการณ์ปัจจุบันและแนวทางการปรับปรุงในอนาคต ครอบคลุมทั้งอุปสรรคในการดูแลและโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแล

### 5.1 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองประกอบด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร และทรัพยากร รวมถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านบุคลากร และทรัพยากรว่า "บุคลากรน้อยลง งานหนักขึ้น เจ้าหน้าที่ที่อ้อแท้" (FC1-04) นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน "ขาดอุปกรณ์ เตียง ออกซิเจน" (FC1-06) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะ ในด้านการจัดการอาการและการให้การดูแลที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า "ในสถานพยาบาลที่รักษาเขาคงจะปรับยาแก้ปวดมาซักระยะแล้ว แต่ถ้ามาอยู่บ้านถ้ามีอาการก่อนนัด ผู้ป่วยมักไม่กล้าไป เพราะกลัวโดนดุ ปัญหานี้ น่าจะแก้ที่ระบบ และข้อมูลแพทย์ต้องสั่ง" (FC1-03) นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายในด้านการเข้าถึงบริการและสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เช่น "มีคนไข้นอกเขต ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยก็ต้องจ่ายเงิน คนไข้กับญาติจะไหวมั้ย ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ราคาสูง ญาติเขาก็ไม่มีเงิน เราจะช่วยกันแก้ปัญหาอย่างไร" (FC1-04)

### 5.2 โอกาสในการพัฒนา

โอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพของการดูแล โดยเน้นการสร้างเครือข่าย การดูแลในชุมชนและการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ระบบการดูแลมีความครอบคลุมและยั่งยืน ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะให้มีการสร้างเครือข่ายที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05) เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้านโดยผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย ประคับประคองในชุมชน "น่าจะทำศูนย์ดูแลผู้ป่วย ประคับประคองและหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ผู้ป่วยยืมใช้ ซึ่งต้องมีข้อมูลและอุปกรณ์ และการบริหารจัดการโดยชุมชน" (FC1-05) และควรพัฒนาระบบการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เช่น คำกล่าวที่ว่า "เคยประสานที่ศูนย์มะเร็ง เขายินดีจะส่งต่อข้อมูลให้ อุปกรณ์ที่ขาดสามารถดิสชาร์จแพลนนิ่ง ได้ หรือคอนซัลต์ ทางไลน์

ได้ เขามีตัวแทนของศูนย์แต่ละศูนย์ แต่ต่างฝ่ายต่างทำ" (FC1-04)

ผลการศึกษาส่งเสริมถึงความเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดการอาหารและความทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งการพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การวิจัยยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร รวมถึงการพัฒนาระบบการประสานงานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังเน้นความสำคัญของการพัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน

### สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนเป็นสิ่งท้าทายในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย โดยต้องคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เบนจอร์รอน งามวงค์ วิวัฒน์ และคณะ<sup>3</sup> เน้นความสำคัญของการจัดการอาการปวดและการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเด็กมะเร็งระยะสุดท้าย ขณะที่รัตนภรณ์ รักชาติ และคณะ<sup>10</sup> (2565) เสนอรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงระบบแบบไร้รอยต่อโดยใช้หลัก "บวร" (บ้าน วัด โรงเรียน) สอดคล้องกับ Johnson และคณะ<sup>11</sup> ชี้ให้เห็นประสิทธิผลของการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ครอบคลุมหลายมิติและสถานที่ การบูรณาการแนวคิดเหล่านี้เข้ากับบริบทของชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายเป็นปัจจัยหนึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลที่ยั่งยืน บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ<sup>5</sup> แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบเครือข่ายแบบไร้รอยต่อในชุมชนเพิ่มคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับสารสิน กิตติไพวานนท์ และรัตนภรณ์ ประชากุล<sup>12</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ วรรณุช จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง<sup>13</sup> (2565) ยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย อติศร อุดรทักษ์ และณภาพร อารมณีสวะ<sup>14</sup> ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายจึงเป็นแนวทางจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุม

การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล และอาสาสมัครในชุมชนเป็นองค์ประกอบในการยกระดับคุณภาพการดูแล วรรณุช จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล<sup>15</sup> พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลที่บ้านช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สอดคล้องกับสุปราณี ภูผาคณ<sup>16</sup> ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง de Nooijer และคณะ<sup>17</sup> เสนอแนวทางการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางระยะสั้นที่เน้นการฝึกอบรมและการทำงานร่วมกันในระบบปฐมภูมิ การลงทุนในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมสร้างระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การพัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบการดูแลที่มี

ประสิทธิภาพ เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง<sup>7</sup> ซึ่งให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนานโยบายที่ครอบคลุมทั้งด้านระบบบริการ การพัฒนาบุคลากร และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับนครินทร์ โสมาบุตร<sup>18</sup> (2566) ที่เสนอรูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองในชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Peeler และคณะ<sup>19</sup> เน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคองในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรและการจัดการด้านเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของการดูแล รัตนภรณ์ รักชาติ และคณะ<sup>10</sup> ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ที่เข้าถึงง่ายในชุมชน สอดคล้องกับสารสิน กิตติโพวานนท์ และรัตนภรณ์ ประชากุล<sup>12,12</sup> ที่พบว่าการจัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ Zimbroff และคณะ<sup>20</sup> เน้นย้ำว่าการพิจารณาปัจจัยทางเศรษฐกิจในการให้บริการดูแลที่บ้าน การพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรและการจัดการด้านเศรษฐกิจที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลไกในการเสริมสร้างความยั่งยืนและการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคองประคองในชุมชนอย่างทั่วถึง

ผลการศึกษาสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคองในชุมชนอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งการพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสห

วิชาชีพ การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร รวมถึงการพัฒนาระบบการประสานงานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เพื่อเป้าหมายการยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาทักษะการจัดการอาการในผู้ป่วยแบบประคองประคอง โดยเฉพาะการจัดการความปวดและอาการไม่สบายในบริบทการดูแลที่บ้าน รวมถึงเสริมสร้างความรู้ด้านการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ พัฒนาระบบการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.ด้านการศึกษาพยาบาล ควรบรรจุหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคองในชุมชนเข้าในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับ พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทาง ส่งเสริมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ และจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพ

3.ด้านการวิจัย: ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันและทางเลือก วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการดูแล และศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

4.ด้านนโยบายสาธารณสุข: ควรสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคองในชุมชน จัดสรรงบประมาณสำหรับวัสดุและครุภัณฑ์ที่จำเป็น พัฒนาระบบการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานโยบาย และพัฒนาระบบการเงินการคลังที่สนับสนุนการดูแลในชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2002 [cited 2024 Aug 23]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
2. วณิช พึงชมภู. การพยาบาลผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เล่ม 1. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
3. เบลจวรรณ นางวงศ์วิวัฒน์, ชนายนท์ โพธิ์ขวาง, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, พนิดา อาวุธ. การพยาบาลเด็กป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: มุมมองในประเด็นสำคัญ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560; 18(3): 1-13.
4. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2561.
5. บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทรัมย์, จริญญา มีหนองหว้า, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา. การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2560; 26(5): 905-913.
6. ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, พิเชฐ บัญญัติ. รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. สักทอง: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.) 2560; 23(1): 154-176.
7. เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564; 17(1): 15-29.
8. Chung H, Harding R, Guo P. Palliative Care in the Greater China Region: A Systematic Review of Needs, Models, and Outcomes. J Pain Symptom Manage 2021; 61(3): 585-612.
9. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. Afr J Emerg Med 2017; 7(3): 93-99.
10. รัตนภรณ์ รักษาดี, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์วงศ์ใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยจังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565; 4(2): 1-19.
11. Johnson MJ, Rutterford L, Sunny A, Pask S, de Wolf-Linder S, Murtagh FEM, et al. Benefits of specialist palliative care by identifying active ingredients of service composition, structure, and delivery model: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. PLoS Med 2024; 21(8): e1004436.
12. สารสิน กิตติไพบานนท์, รัตนภรณ์ ประชากุล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ 2565; 7(4): 64-74.
13. วรณัฐ จันทะบุรณ์, บัวพันธ์ พรหมพักพิง. ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2565; 14(28): 151-165.
14. อติศร อุดรทักษ์, นภาพร อารมณสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2): 200-208.
15. วรัญญา จิตรบรรทัด, มิ่งขวัญ เกตุกำพล. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครพรรศน์ 2565; 9(12): 155-170.
16. สุปรานี ภูภาคคุณ. รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกุณินรายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(1): 81-89.
17. de Nooijer K, Pivodic L, Van Den Noortgate N, Pype P, Evans C, Van den Block L. Timely short-term specialized palliative care service intervention for older people with frailty and their family carers in

- primary care: Development and modelling of the frailty+ intervention using theory of change. *Palliat Med* 2021; 35(10): 1961-1974. <https://doi.org/10.1177/02692163211040187>
18. นครินทร์ โสมาบุตร. การพัฒนารูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอ ในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วย ประคับประคองในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;17(2):532-542.
  19. Peeler A, Afolabi O, Adcock M, Evans C, Nkhoma K, van Breevoort D, et al. Primary palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes. *Palliat Med* 2024; 2692163241248324.
  20. Zimbroff RM, Ritchie CS, Leff B, Sheehan OC. Home-Based Primary and Palliative Care in the Medicaid Program: Systematic Review of the Literature. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69(1): 245-254.
  21. Chung H, Harding R, Guo P. Palliative Care in the Greater China Region: A Systematic Review of Needs, Models, and Outcomes. *J Pain Symptom Manage* 2021; 61(3): 585-612.
  22. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med* 2017; 7(3): 93-99.