

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง
อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Development of participatory of home health care model for palliative patients
Of Phuwiang Hospital, Phuwiang District, Khon Kaen Province

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

อังคณา ศรีไสย¹ เพ็ญพัทธ์ ทองศรี¹
Angkana Srisai¹ Penpak Thongsri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย จนท.รพ.สต ผู้นำชุมชน อสม. ในการทำ Focus group และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 218 คนในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด Focus group เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESAS) สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย สถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 218 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.34 อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 38.53 ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเป็นโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 32.57 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนทันสมัย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและธรรมเนียมอีสาน 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพ 8) การส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 6.36$

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This research was participatory action research (PAR). Aim to develop and results of using participatory home health care model for palliative patients of Phuwiang Hospital, Phuwiang District, Khon Kaen Province. Sample group consisted was doctors, pharmacists, professional nurses, nutritionists, physical therapists, Thai traditional medicine doctors, staff of sub-district health promotion hospital, community leaders, and village health volunteers in a focus group, quantitative sample was palliative patients 218 people. Research tools was included qualitative instruments, including open-ended questions for focus groups, and quantitative tools including general data forms, home-based continuous care monitoring records, assessment of daily activities (ADL), patient self-help assessment forms (PPS), and pain severity assessment forms (ESAS). Statistics were percentages, standard deviations, and paired t test.

Results found of 218 people, most of whom were male (57.34%), aged between 60-70 years (38.53%) mostly liver cancer (32.57%). The development of the model 8 process as follows: 1) Training to enhance potential of terminal patient caregivers 2) Developing clear and up-to-date patient care guidelines 3) Managing patient's home environment 4) Involving patients and caregivers in treatment planning 5) Supporting home assistance devices 6) Home care according to Buddhist principles and Isan traditions 7) Caring for terminal patients by a multidisciplinary team 8)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Promoting training in terminal patient care. Statistical difference test found mean score of pain intensity was significantly reduced at $p < .05$, $t = 6.36$.

Keywords: End of life Palliative care model, Home health care, Participatory health care

บทนำ

สาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง แต่เนื่องจากการพัฒนาทางการแพทย์ มีการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้มีชีวิต ยาวนานมากขึ้น การยืดความตายในผู้ป่วยด้วย เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย นั้นสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย การดูแลแบบ ประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตให้มีการดูแลแบบองค์ รวม ปลอดภัยความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัว ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการ ดูแล โดยส่วนมาก พบ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อย ละ 39.42 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.28 โรคหลอดเลือดมอด กั้นเรื้อรัง ร้อยละ 11.32 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.46 และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 ผู้ป่วย จากการสำรวจของ องค์การอนามัยโลกพบว่า โดยประมาณ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดยังคงต้องการได้รับการ ดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม¹ ในประเทศไทยแบ่งกลุ่ม ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วย โรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วย โรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ เจ็บป่วยระยะท้าย ขณะเดียวกันประเทศไทยเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค เรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งและโรคทางหลอดเลือด เพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 1 ของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2565 มี จำนวน 98.65 ต่อแสนประชากร เป็น 110.72 ต่อแสน ประชาชนในปี 2566 ขณะที่โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 3.73 ต่อแสนประชากรในปี 2565 เป็น 48.72 ต่อแสนประชากรในปี 2569

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ระบบบริการ ดูแลระยะสุดท้าย เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็น

กรอบและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานในการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายและใน ปีงบประมาณ 2563 ทาง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคส่วนอื่นๆ จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนา ศักยภาพกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิด้านสุขภาพ ตามมาตรา 12 ทุกสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายใน วาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการ เจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยส่วนมากจะ พบปัญหา อาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ และไม่สามารถทนกับความเจ็บปวดในระดับต้น และรุนแรงได้² การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการ ดูแลการเจ็บป่วยทางกาย การดูแลจิตใจ การดูแลทาง สังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการเริ่มการรักษา ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะ สุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย³

โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 60 เตียง พบ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากขาด คณะทำงานเฉพาะ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มี ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่อง มีการ ติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มี รูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การผู้ดูแลหรือญาติ ผู้ป่วย ขาดการจัดการอาการ การบริหารจัดการยา มอร์ฟีน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมไปถึง

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว เมื่อกลับไปอยู่ที่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการ เดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงเป็นประจำ มีความเชื่อ ในด้านการใช้สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดการบูรณา การร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขาดการดูแลไม่ ครบถ้วนตามกระบวนการ ขาดการประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย⁴

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายต่อเนืองที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการพัฒนาและใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิต ที่ดีจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คนใน ชุมชนให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ผู้ป่วยระยะ สิ้นสุดท้าย อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ สิ้นสุดท้าย อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อเนืองที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) มี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ภูเวียงที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน รวมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน ภาคีเครือข่าย

ประกอบด้วย จนท.รพ.สต 70 คน ผู้นำชุมชน 389 คน อสม 1,405 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล 218 คนเท่ากัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นัก กายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน ตัวแทน จนท.รพ.สต 12 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 14 คน ตัวแทน อสม. 15 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล 218 คนเท่ากัน ระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 13 เดือน คัดเลือกโดยเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัคร ใจ ในช่วงเดือนมกราคม 2565 – มกราคม 2566 รวม ระยะเวลา 13 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ การ สันทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้ป่วย ทบทวน ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมี ส่วนร่วม และสรุปผลการดำเนินงาน
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแล ผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของ ความปวด (ESAS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูล การรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดำเนินงาน, การดูแล ผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน, ความสามารถในการดำเนิน กิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของ ความปวด (ESAS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบ คะแนน ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ในคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESAS) ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิม
ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก เจ้าหน้าที่และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยเกินไป ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดผู้ดูแลหลัก การเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงได้ลำบาก โดยมีระยะทางไกลมากกว่า 20 กิโลเมตร แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ครอบคลุม ยังขาดคณะทำงานเฉพาะ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ขาดการจัดการอาการ การบริหารจัดการยา มอร์ฟีน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว เมื่อกลับไปอยู่ที่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงเป็นประจำ มีความเชื่อในด้านการใช้สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขาดการดูแลไม่ครบถ้วนตามกระบวนการ ขาด

การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย และรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น

เชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 218 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 125 คน ร้อยละ 57.34 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 93 คน ร้อยละ 42.66 ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี จำนวน 81 คน ร้อยละ 37.16 รองลงมา 71-80 ปี จำนวน 63 คน ร้อยละ 28.90 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ 15.60 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จำนวน 218 คน ร้อยละ 100 อาชีพส่วนมากทำไร่นา จำนวน 84 คน ร้อยละ 38.53 รองลงมาว่างงาน จำนวน 68 คน ร้อยละ 31.19 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 36 คน ร้อยละ 16.51 ตามลำดับประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนมากป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ จำนวน 71 คน ร้อยละ 32.57 รองลงมาป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 45 คน ร้อยละ 20.64 และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.17 ตามลำดับ การดำเนินโรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77 คน ร้อยละ 35.32 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 27.98 และ โรคไตเรื้อรัง จำนวน 25 คน ร้อยละ 11.47 ตามลำดับ ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากคือ เดินลำบาก จำนวน 138 คน ร้อยละ 63.30 รองลงมาเหนื่อยง่าย จำนวน 128 คน ร้อยละ 58.72 และ การเข้าห้องน้ำ จำนวน 31 คน ร้อยละ 14.22 ตามลำดับ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลการดำเนินงานดังนี้ ได้รับคำปรึกษาในระยะสุดท้าย จำนวน 96 คน ร้อยละ 44.04 ได้รับการทำ Family Meeting จำนวน 101 คน ร้อยละ 46.33 ได้รับการทำ Advance care Plan จำนวน 110 คน ร้อยละ 50.46 ได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่าง มีคุณภาพ จำนวน 96 คน ร้อยละ 44.04 ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ปลดปล่อย สิ่งที่ยึดคาใจ (Spiritual care) จำนวน 128 คน ร้อยละ 58.72 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน จำนวน 162

คน ร้อยละ 74.31 ได้รับการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) จำนวน 87 คน ร้อยละ 39.91 ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.46

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุม 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ชัดเจน และทันสมัย 3) การจัดสภาพแวดล้อมผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้นำชุมชน 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระยะสุดท้าย 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน โดยผ่านกลไกภาคีเครือข่าย 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานตามธรรมเนียมอำเภอกุเวียง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพ 8) ส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแพทย์ พยาบาล ให้ครอบคลุม

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น มีผลการใช้รูปแบบดังนี้ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 84 คน ร้อยละ 38.53 รองลงมา ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 50 คน ร้อยละ 22.94 และ ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 48 คน ร้อยละ 22.02 และ ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 36 คน ร้อยละ 16.51 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนมากระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 0 - 30 % จำนวน 91 คน ร้อย

ละ 41.74 รองลงมาระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPS 40 - 60 % จำนวน 75 คน ร้อยละ 34.40 และระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS 70 - 100 % จำนวน 52 คน ร้อยละ 23.85 ตามลำดับ แบบประเมินความรุนแรงของความปวดและการร่วมอื่นๆ (ESAS) ส่วนมากมีความเจ็บปวด ระดับน้อย (1-3 คะแนน) จำนวน 99 คน ร้อยละ 45.41 และ ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) จำนวน 99 คน ร้อยละ 45.41 เท่ากัน และ ระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.17 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย จำนวน 119 คน ร้อยละ 54.59 ได้รับการทำ Family Meeting จำนวน 120 คน ร้อยละ 55.05 ได้รับการทำ Advance care Plan จำนวน 121 คน ร้อยละ 55.50 ได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพจำนวน 120 คน ร้อยละ 55.05 ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ปลดปล่อย สิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) จำนวน 150 คน ร้อยละ 68.81 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน จำนวน 179 คน ร้อยละ 82.11 ได้รับการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) จำนวน 91 คน ร้อยละ 41.74 ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.92 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง มีค่า 7.68 คะแนน (SD 1.32 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง

เท่ากัน มีค่า 6.84 คะแนน (SD 1.46 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่าคะแนน 24.38 คะแนน (SD 1.62 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) อยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่า 28.69 คะแนน (SD 1.86 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับเจ็บปวดปานกลาง มีค่า 5.18 คะแนน (SD 1.38 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) อยู่ในระดับน้อย มีค่า 2.96 คะแนน (SD 1.42 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , $t=6.36$ ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การทดสอบคะแนนสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL), คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), คะแนนความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น (n=218)

รายการ	แปลผล	เฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)					
ADL ก่อนการพัฒนา	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง	7.62	1.32	0.36	1.476
ADL ภายหลังการพัฒนา	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง	6.84	1.46		
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS)					
PPS ก่อนการพัฒนา	ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต	24.38	1.62	1.13	1.021
PPS ภายหลังการพัฒนา	ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต	28.69	1.86		
ความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS)					
ESAS ก่อนการพัฒนา	เจ็บปวดปานกลาง	5.18	1.38	6.36	<.001*
ESAS ภายหลังการพัฒนา	เจ็บปวดระดับน้อย	2.96	1.42		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก เจ้าหน้าที่และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยเกินไป ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดผู้ดูแลหลัก การเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงได้ลำบาก โดยมีระยะทางไกลมากกว่า 20 กิโลเมตร แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ยังไม่ได้รับการอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ครอบคลุม ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย และรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ การดำเนินโรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากคือเงินลำบาก การดำเนินงานที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ ได้รับการคำปรึกษาในระยะสุดท้าย การทำ Family Meeting การทำ Advance care Plan การได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) การได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) การดูแลที่ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ การเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน เป็นต้น สอดคล้องกับทัศนีย์ บุญอรียเทพ และ ธกัณันท์ อินทราวุธ⁵

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุม 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ชัดเจน และทันสมัย 3) การจัด

สภาพแวดล้อมผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้นำชุมชน 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระยะสุดท้าย 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน โดยผ่านกลไกภาคีเครือข่าย 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานตามธรรมเนียมอำเภอกุเวียง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการเยี่ยมบ้านโดย อสม.ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพ 8) ส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแพทย์ พยาบาลให้ครอบคลุมสอดคล้องกับ สุนัฎดา คเชนทร์ชัย มุจจรินทร์ อัครพัฒน์⁶

ผลการใช้รูปแบบภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนมากระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 0 - 30 % การประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ส่วนมากมีความเจ็บปวด ระดับน้อย (1-3 คะแนน) ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย การได้รับการทำ Family Meeting การได้รับการทำ Advance care Plan การได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพ การได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) การดำเนินงานที่มากกว่า ร้อยละ 60 ได้แก่ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) การได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับเพียงพิมพ์ ปิ่นระสี และ ภัทราบุลย์ นาคสุสุข⁷

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการเปรียบเทียบ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ การเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต ดีขึ้น โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ดีขึ้น ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุยนต์ ลวงพิมาย^๑

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสนับสนุนพัฒนาระเบียบการดูแลโดยไม่ใช้ในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาภาระงานที่หนักมากเกินไป การพัฒนาสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย อุปกรณ์พัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องอาศัยหน่วยงานรัฐอื่นที่เอื้อต่อระเบียบทั้งในฝ่ายโรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นการดูแลและใช้แนวทางที่ทันสมัยโดยใช้ภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

3. ควรส่งเสริมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายประชาชน อสม. อบต. ผู้นำชุมชน เน้นสร้างการมีส่วนร่วมจึงจะประสบผลสำเร็จได้

4. ควรวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมอำเภอทุกฝ่าย และชุมชน บูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายอย่างเช่น อบต. ไม่ควรใช้งบจากโรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพอย่างเดียว

5. การจัดโครงการหรือตั้งคณะกรรมการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบในชุมชน รัฐ และภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

6. ควรมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นประจำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคลากรโรงพยาบาลภูเวียง ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอกุเวียง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเวียง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Stephen R, Claire M, Ernesto J, Richard H, James C, Barbara H, et al. (2020) Global atlas of palliative care. 2nd ed. London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
2. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์). นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2563.
3. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564,23(1), 80-90.
4. โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2566.

5. ทศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธกัณันท์ อินทรารุธ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):99-113.
6. สุณัฏฐา คชนทร์ชัย และ มุจจรินทร์ อัสวพัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):27-36.
7. เพียงพิมพ์ ปันระสี และ ภัทราบุญย์ นาคสุสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;32(1):40-55.
8. สุยนต์ ลวงพิมาย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจานจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทางพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):44-53.