

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระ ความพึงพอใจของ
ผู้ดูแลและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The effects using program of Cultural-Based to caregiver burden, caregiver satisfaction and
disturbing symptoms in end-of-life patients Kumphawapi District,
Udon Thani Province.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 14,2025 ; Accepted: December 15,2025)

พรรคนีย์ พรหมณชูเอม¹ นันทาวดี ศิริจันทร์² ปิยภัทร พรหมสุวรรณ²
Thassanee Phramchu-em¹ Nuntawadee Sirichantra² Piyaphat Phromsuwan²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 32 คน ผู้ดูแลและผู้ป่วย กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การปฏิบัติการของบุคลากร $\alpha = 0.91$ ภาระของผู้ดูแล $\alpha = 0.89$ และอาการรบกวนในผู้ป่วย $\alpha = 0.94$ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ การปฏิบัติการดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.5 เป็น ร้อยละ 84.4 โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (23.88 ± 2.42) ผู้ดูแลมีภาระโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 63.3 โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีภาระลดลงมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($p < 0.001$) รองลงมา คือ ความเชื่อทางศาสนา ($p < 0.001$) และลดลงน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย ($p = 0.004$) ตามลำดับ ผลการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการทรงตัว ร้อยละ 80.0 และได้รับการวางแผนล่วงหน้าวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 20.0

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้ป่วยระยะท้าย เสียชีวิตอย่างสงบ

Abstract

This research aims to study effects using program of cultural-based to caregiver burden, caregiver satisfaction and disturbing symptoms in end-of-life patients Kumphawapi District, Udon Thani Province. This quasi-experimental research, between June and August 2025, the sample consisted of 32 personnel, 30 caregivers and patients in each group. research instrument was a questionnaire, consisting of personnel performance ($\alpha = 0.91$), caregiver burden ($\alpha = 0.89$), and patient disturbing symptoms ($\alpha = 0.94$). Analysis was performed using descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test and paired t-test.

The results were found that after implementing the program, personnel had advance care plans for terminally ill patients and planned for a peaceful death. Palliative care practices increased and patient care practices were at moderate level overall increase from 62.5% to 84.4% was statistically significant ($p = 0.001$) and the overall satisfaction with the program was high (23.88 ± 2.42). Overall burden of caregivers was moderate, decreasing from 80.0% to 63.3%, a statistically significant overall reduction ($p < 0.001$). The most burden decreased was spiritual ($p < 0.001$), followed by religious beliefs ($p < 0.001$), and the burden that decreased the least was physical ($p = 0.004$), respectively. Results of cultural care using local wisdom found that most patients had stable symptoms (80.0%) and received advance end-of-life planning and peaceful death planning (20.0%).

Keywords: Cultural Care Program, End-Of-Life Patient, Rest-In-Peace

¹ พย.บ.โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

² พย.ม.มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทนำ

ทั่วโลกมีการประเมินว่าประชากรกว่า 40 ล้านคนเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการการดูแลระยะท้ายในแต่ละปี และในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้ใหญ่ประมาณ 78% ของความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีเพียง 14% ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายเท่านั้น¹ สถิติของประเทศไทย พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในช่วง พ.ศ. 2563-2566 คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงแบบประคับประคองระยะท้าย โดยคิดเป็นอัตรา 104.8 ถึง 120.5 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน² กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถานบริการทุกแห่ง ส่งกักกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านทางกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care planning) การดูแลที่บ้านเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต³

แนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) ซึ่งพัฒนาโดย Madeleine Leininger เป็นแนวคิดที่เน้นความสำคัญของการเข้าใจและเคารพในความหลากหลายของวัฒนธรรมผู้ป่วย เพื่อสร้างการพยาบาลที่สอดคล้อง (Culturally Congruent Care) และเหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมักมีบทบาทสูงมากในการสร้างความหมายของความตาย การยอมรับ และความสงบใจของผู้ป่วย⁴ “Sunrise Model” เป็นกรอบวิเคราะห์ปัจจัยวัฒนธรรมหลายมิติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการพยาบาล เช่น ระบบความเชื่อ ศาสนา ประวัติชีวิต สภาพแวดล้อม ภาษา และบทบาทครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย

ประคับประคอง โดยเฉพาะในชุมชนชนบทของไทยที่ยังคงความเชื่อเรื่องกรรม การเวียนว่ายตายเกิดและพิธีกรรมทางศาสนาไว้เป็นส่วนสำคัญของการดูแล⁵ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพ สามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพมักสอดคล้องกับธรรมชาติและสภาพแวดล้อม ผ่านกระบวนการวิจัยแบบพื้นบ้าน⁶ และพิธีวางร่างวางขันธินะระท้ายก่อนเสียชีวิตเชิงวัฒนธรรมในชุมชน ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไปและสัญญาณชีพอ่อนลง หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา การน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ⁷

ในเขตพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างปี 2565-2567 มีจำนวน 411 ราย 503 ราย และ 674 ราย ตามลำดับ ในปี 2568 เดือนตุลาคม 2567-มกราคม 2568 มีจำนวน 329 ราย⁸ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในแต่ละปี ในการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการ ของการปรึกษาหารือระหว่างทีมที่ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล) ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการและความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เรื่องการรับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงมีความกังวลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคองจะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาล จนถึงชุมชน ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลตามรูปแบบ palliative care จะเป็นไปตามเป้าหมาย คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่สภาพปัญหาการดำเนินงานรูปแบบเดิมยังพบปัญหาดังนี้ 1) การสื่อสารเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคองใน 9 กลุ่มโรค ตามกรมการแพทย์กำหนดไม่ทั่วถึง

และมีบางส่วนที่ไม่ได้ส่ง case ให้ทีม palliative ทำให้การเข้าถึงบริการ palliative ได้น้อย 2) พยาบาลที่รับผิดชอบงาน palliative care ไม่ได้ผ่านอบรมหลักสูตรการดูแลระยะสุดท้าย 1 เดือนทุกคน 3) การสนทนา family meeting ไม่สำเร็จในพยาบาลอายุรหาราน้อย 4) ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ผลอาการรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ยังเข้าถึงบริการน้อย ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 5) พยาบาล ยังขาดทักษะในการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายก่อนสิ้นลม 6) ครอบครัวผู้ป่วยบางรายยังไม่ยอมรับ การให้ใช้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะท้าย 7) แบบฟอร์มการเช็กต์ปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตแตกต่างกัน จึงเป็นเหตุผลการทำวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระความพึงพอใจของผู้ดูแลและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ครั้นนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระ ความพึงพอใจของผู้ดูแลและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการเป็นภาระและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

คือ บุคลากร จำนวน 32 คน ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และผู้ป่วย จำนวน 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁹

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ ที่เป็นทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยระยะท้ายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีการวินิจฉัยระยะผู้ป่วยระยะท้ายรหัส Z515 และได้รับยาในกลุ่ม strong opioid ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไป ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion Criteria)

1. บุคลากรทีมเยี่ยมบ้าน ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระหว่างการวิจัย เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2 ครั้งและกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
2. ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รหัส Z515 เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยมีอาการทางสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ หรือไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวหรือไม่มีผู้แทนโดยชอบตามกฎหมาย
3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้และกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการ คือ โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้วิจัยประยุกต์การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการวางร่างขั้นก่อนสิ้นลม^{10,11} ดำเนินการ 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแลต่อเนื่อง 2) การพัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลระยะผู้ป่วยระยะ

ท้าย 4) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลจิตใจผู้ป่วย 6) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 7) โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล 8) การโอสิกรกรรม

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากร ดังนี้

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 33 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประยุกต์ใช้รูปแบบขององค์การอนามัยโลก¹ ประกอบด้วย การดูแลระยะเตรียมการ การดูแลผู้ป่วยระยะผู้ป่วยระยะท้าย การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ การดูแลจิตใจผู้ป่วย การดูแลแบบผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด การตอบ คือ คือ เห็นด้วย/ปฏิบัติ (รหัส 1), ไม่เห็นด้วย/ไม่ปฏิบัติ (รหัส 0) การแปลผลรวม 33 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (0.0-10.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (10.67-21.33 คะแนน) ระดับสูง (21.34-33.0 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 5 ข้อ เป็นความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของบุคลากร การตอบเป็นมาตรวัด 1-5 (Likert, 1974) คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (5.0-6.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.68-13.33 คะแนน) ระดับสูง (13.34-25.0 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแล มีจำนวน 20 ข้อ ส่วนนี้ประยุกต์จากการศึกษาของเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ¹² ข้อมูลเกี่ยวกับด้านการเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนาและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การตอบเป็นมาตรวัด 1-5¹³ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ คือ ระดับต่ำ (20.0-33.33 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (33.34-66.67 คะแนน) ระดับสูง (66.68-100.0 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 27 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 19 ข้อ การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและอาการป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการอยู่อาศัย อาชีพก่อนป่วย รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว กิจกรรมทางศาสนา บุคคลที่ให้การดูแล สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ป่วย การรักษา จำนวนครั้งที่กลับเข้าโรงพยาบาลและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงอาการรบกวนของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงอาการรบกวนของผู้ป่วย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale)¹⁵ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society¹⁶ เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วย palliative care ประกอบด้วย คือ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว การแปลผลอาการโดยรวม 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีอาการหนัก (8.00-26.67 คะแนน) มีอาการทรงตัว (26.68-53.34 คะแนน) มีอาการระดับดี (53.35-80.00 คะแนน)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นการทดลอง

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากร โดยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่อง โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเดือนมิถุนายน 2568 ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ในเดือนสิงหาคม 2568 โดยไม่กำหนดเวลาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแล ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ในเดือนสิงหาคม 2568

3. การเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยสอบถามผู้ดูแล และเก็บจากเวชระเบียนในช่วงที่ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568

ขั้นหลังการทดลอง – ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลกุมภวาปี เลขที่ KPEC 31/2568 วันที่ 5 มิถุนายน 2568 และเก็บข้อมูลตามข้อกำหนดจริยธรรมโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการจัดทำแผนการดำเนินงานดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแล 2) การจัดทำแผนดูแล 3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และ 5) แผนการประเมินผล ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนการปฏิบัติการมี 8 มาตรการ ดังนี้ 1) การเตรียมการเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะผู้ดูแล 2)

พัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4) สนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลด้านจิตใจ 6) การดูแลระยะท้าย 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด 8) การอโหสิกรรม ผลการปฏิบัติการระยะท้ายของบุคลากรและการปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า มีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ

2. ผลการปฏิบัติการของบุคลากร

พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย จากร้อยละ 78.1 เป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ บันทึกสรุปบทวนความรู้กิจกรรมแนวทางการปฏิบัติการดูแลประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน จากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 96.9 และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติตามความเชื่อของหลักศาสนาเชื่อว่าความเสียชีวิตถือว่าไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวหรือต้องหลีกเลี่ยง จากร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 40.6 ตามลำดับ

ระดับการปฏิบัติการดูแลประคับประคองพบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลประคับประคองอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.5 เป็น ร้อยละ 84.4 และพบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=23.88$, S.D.=2.42) มากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในการได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ($\bar{X}=4.85$, S.D.=0.39) รองลงมา คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อทีมในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมเหมาะสม ($\bar{X}=4.81$, S.D.=0.47) และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล ($\bar{X}=4.72$, S.D.=0.63)

3. การเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระลดลงมากที่สุด คือ รู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและพินัยกรรมชีวิต จาก $\bar{X}=2.23$ (S.D.=1.25) เป็น $\bar{X}=1.97$ (S.D.=1.22) ตามลำดับ รองลงมา คือ ครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือกันอย่างจริงจังจาก $\bar{X}=4.32$ (S.D.=0.83) เป็น $\bar{X}=3.94$ (S.D.=1.18) และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องลดลงน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จาก $\bar{X}=4.43$ (S.D.=0.67) เป็น $\bar{X}=3.90$ (S.D.=0.83)

ระดับการเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 63.3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 2.70-11.29, $p<0.001$) โดยพบว่า ผู้ดูแลมีภาระลดลงมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($p<0.001$) รองลงมา คือ ความเชื่อทางศาสนา ($p<0.001$) และน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย ($p=0.004$) ตามลำดับ

4. ผลการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.0 (mean= 63.53, SD= 11.19, Min= 40, Max= 88) อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลาน ร้อยละ 50.0 ก่อนป่วยมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.0 รายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 80.0 รายได้มาจากค้าขาย ร้อยละ 43.3 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.7 สมาชิกในครอบครัวต่ำกว่า 5 คน ร้อยละ 73.3 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 53.3บุคคลที่ดูแลเป็นสามี ภรรยา ร้อยละ 50.0 การปฏิบัติพิธีทางศาสนาโดยทำบุญที่วัด ร้อยละ 60.0 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นมะเร็ง ร้อยละ 86.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1 ปี ร้อยละ 63.6 การรักษาเคมีบำบัด ร้อยละ 63.3 กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 76.7 โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.7

ระดับอาการรบกวนในผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการทรงตัว ร้อยละ 80.0 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 20.0

อาการรบกวนในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากที่สุด คือ เคลื่อนไหวและทำกิจกรรมไม่ได้ ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ ไม่สามารถทำงานได้มีอาการของโรคมาก ร้อยละ 41.9 และนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ร้อยละ 1.32 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแล 2) การจัดทำแผนดูแล 3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และ 5) แผนการประเมินผล ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนการปฏิบัติการมี 8 มาตรการ ดังนี้ 1) การเตรียมการเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะผู้ดูแล 2) พัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4) สนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลด้านจิตใจ 6) การดูแลระยะท้าย 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด 8) การอโหสิกรรม ผลการปฏิบัติการระยะท้ายของบุคลากรและการปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า มีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาระบบการระยะท้ายโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ชุมชนมีความเชี่ยวชาญในการดูแลในชุมชนโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹⁷ การพัฒนาศักยภาพการดูแลให้แก่พยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาความรู้ การฝึกอบรมพยาบาลการดูแลระยะท้าย และบริหารนโยบายพยาบาลการดูแลระยะท้ายในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ¹⁸ การสนับสนุนทรัพยากรช่วยในการพัฒนาการดูแลระยะท้ายที่บ้าน ต้องส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว

และอบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากร¹⁹ ควรเพิ่มศักยภาพในการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อความต้องการดูแลระยะท้าย²⁰ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการเสียชีวิตดี ทุกช่วงชีวิตบุคลากรสุขภาพจะเข้าไปมีบทบาทในการดูแลตั้งแต่เริ่มเกิดแก่ เจ็บ และ เสียชีวิต เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเมื่อต้องเสียชีวิตจึงไม่ยากให้มีความทุกข์ทรมาน²¹

2. ผลการพัฒนาบุคลากร พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการบันทึกบทพจนความรู้และการปฏิบัติการดูแลทบทวนประเมินอาการ วางแผนการดูแลใหม่รวมถึงปรับยา ผู้ป่วยที่ต่อต้านและปฏิเสธการดูแลจากญาติ ให้ญาติส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความต้องการเพื่อลดทรมานที่ต่อต้าน และการจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วยตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการระยะท้ายต่อเรื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า หลังใช้โปรแกรมมีการปฏิบัติตามรูปแบบอย่างถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² และผลการศึกษาพบว่า การดูแลระยะท้ายในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมที่บ้าน ช่วยลดภาระของโรงพยาบาล จะช่วยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมตามบริบทผู้ป่วย²³

3. ผลการปฏิบัติการของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยโดยไม่เป็นการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ญาติและครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง จึงทำให้มีความเชื่อและการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นทั้งในด้านร่างกาย ความเชื่อทางศาสนาและด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน พบว่า พัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของ

ชีวิตและที่สำคัญคือ การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัวให้สามารถปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย อารมณ์ทัศน และการพึ่งพา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม²⁴ การศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วย และวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบไว้ล่วงหน้า “การเสียชีวิตดี (good death)”²⁵ และการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย²⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการพัฒนาระบบงาน ความสำเร็จของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้สามารถส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางดำเนินการโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้การดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่ต้องการ และลดความยุ่งยากในการตัดสินใจในช่วงเวลาที่ยากลำบาก

2. ด้านคุณภาพบริการ ที่ต้องดำเนินเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา ควรนำโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ครั้งนี้ไปให้บริการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและผู้ดูแลในครอบครัวที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงครบวงจรจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ในการนำโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care. WHO. [Internet] . 2024 [cited 2024 December 4]. Available from: <https://www.who.int>
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). งาน ‘สร้างสุขที่ปลายทาง’ เพื่อยกระดับการรับรู้ของสังคมต่อการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th>
3. กนกพร ไพศาลสุจารีกุล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลให้อยู่อย่างมั่นใจพร้อมจากไปอย่างสงบ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลกมลไธสง. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2021; 15(3): 57-70.
4. Leininger MM. Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practices (3rd ed.). Columbus, Ohio, U.S.: McGraw-Hill; 2002.
5. Wongprom P, Yodchai K, & Chanprasit C. Cultural-based palliative care in northeastern Thailand: A qualitative study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2022;26(1): 33–45.
6. อาจันต์ ไพรัตน์, สุทธิรา ชุมกรโทก. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://geonline.msu.ac.th/mis/course>
7. อนุพันธ์ ตันติวงศ์, ผ่องพักตร์ พิชัยพันธ์, สุขาย สุนทรภา. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: เอช.ที.พี.เพรส; 2558.
8. โรงพยาบาลกุมภวาปี. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลกุมภวาปี [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://kumpawapihospital.go.th>
9. ปรีดี นกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.qualtrics.com
10. พิไลพร สุขเจริญ. การประยุกต์แนวความคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง : ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2021;27(2): 132-41.
11. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
12. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพระพุทธรูป. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(6): 1101-11.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
15. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale: PPS. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.FamMed.mahidol.ac.th>

16. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale version 2. British Columbia: Canada; 2008.
17. 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.
18. Schoenherr LA, Bischoff KE, Marks AK, O’Riordan DL, Pantilat SZ. Trends in Hospital-Based Specialty Palliative Care in the United States From 2013 to 2017. JAMA Netw Open 2019; 2(12): 43-54.
19. 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): 1260-68.
20. Cai J, Zhang L, Guerriere D, Fan H, Coyte PC. Where Do Cancer Patients in Receipt of Home-Based Palliative Care Prefer to Die and What Are the Determinants of a Preference for a Home Death? Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18: 235-46.
21. จิตพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, พิเชฐ บัญญัติ. รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal. 2017; 23(1): 154-76.
22. เพียงพิมพ์ ปันระสี, ภัทรบูลย์ นาคสุสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565;32(1): 40-55.
23. 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.
24. ไสทอง ภัทรปริยากุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2019; 2(2): 83-99.
25. ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยงาน ให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. Krabi Medical Journal. 2018; 1(1): 11-22.
26. อารญา ชัยมหา. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567; 8(16): 41-54.
27. วิภาวี เกตุวัง. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562; 9(2): 150-65.
28. กมลมาศ เลขัมโม. กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี. วารสารธรรมวิทย์ (การประชุมสัมมนาวิชาการระดับนานาชาติ) 2564; 3(1): 164-78.