

ผลลัพธ์และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลศิคราม: การวิจัยแบบผสมผสาน

Outcomes and Experiences of Palliative Care for End-of-Life Patients at Sikhoraphum Hospital: A Mixed-Methods Study

เมธา สิงจานุสงค์, พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

Metha Singjanusong, M.D., Diplomate of Thai Board of Family Medicine

Abstract

Objective: To evaluate outcomes and experiences in end-of-life palliative care, including service accessibility and family satisfaction with service development at Sikhoraphum Hospital, Surin Province.

Method: Mixed-methods research using convergent parallel design. Retrospective chart review of 64 end-of-life patients (32 each from 2023-2024), interviews with 64 family caregivers, and in-depth interviews with 18 multidisciplinary team members. Assessment tools included PPS, POS, ESAS, and FAMCARE-2. Quantitative data analyzed using descriptive and inferential statistics; qualitative data analyzed using content analysis.

Results: POS scores decreased from 18.2 ± 4.5 to 14.8 ± 3.9 (p -value=0.003). Pain scores (ESAS) decreased from 5.8 ± 2.1 to 4.2 ± 1.8 (p -value=0.001). Home visits increased from 68.8% to 87.5% (p -value=0.048). ACP implementation increased from 40.6% to 71.9% (p -value=0.009). Family satisfaction (FAMCARE-2) increased from 58.4 ± 8.7 to 68.9 ± 7.2 (p -value<0.001). 88.9% of the healthcare team members reported improved teamwork efficiency. 75.0% of caregivers reported increased confidence in patient care.

วันที่รับ (received) 25 ธันวาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 กุมภาพันธ์ 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 4 กุมภาพันธ์ 2569

Published online ahead of print 11 มีนาคม 2569

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศิคราม จังหวัดสุรินทร์
Department of Social Medicine, Sikhoraphum Hospital, Surin

Corresponding Author: เมธา สิงจานุสงค์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศิคราม จังหวัดสุรินทร์

Email: Methawork@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2026.8>

Conclusions: Development of palliative care services significantly improved symptom management, service accessibility, and family satisfaction. However, personnel and equipment limitations require further attention for system sustainability.

Keywords: palliative care, end-of-life patients, care outcomes, multidisciplinary team, quality of life

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลลัพธ์และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมถึงการเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของครอบครัวที่มีต่อการพัฒนาระบบบริการที่โรงพยาบาลศิคราม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Research) ด้วยการออกแบบการวิจัยแบบคู่ขนานผสมผสาน เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย 64 ราย (ปี พ.ศ. 2566-2567 ปีละ 32 ราย) สัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลหลัก 64 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพ 18 คน ประเมินผลด้วย PPS, POS, ESAS และ FAMCARE-2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Content Analysis

ผลการศึกษา: คะแนน POS ลดลงจาก 18.2 ± 4.5 เป็น 14.8 ± 3.9 (p -value=0.003) อาการปวด (ESAS) ลดลงจาก 5.8 ± 2.1 เป็น 4.2 ± 1.8 (p -value=0.001) การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 เป็นร้อยละ 87.5 (p -value=0.048) การทำ ACP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.6 เป็นร้อยละ 71.9 (p -value=0.009) ความพึงพอใจของครอบครัว (FAMCARE-2) เพิ่มขึ้นจาก 58.4 ± 8.7 เป็น 68.9 ± 7.2 (p -value<0.001) บุคลากรทีมสุขภาพร้อยละ 88.9 รายงานว่าการทำงานเป็นทีมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ดูแลร้อยละ 75.0 มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

สรุป: การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองส่งผลดีต่อการจัดการอาการ การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังมี

ข้อจำกัดด้านบุคลากรและอุปกรณ์ที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อความยั่งยืนของระบบ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ผลลัพธ์การดูแล, ทีมสหสาขาวิชาชีพ, คุณภาพชีวิต

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573¹ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และโรคทางระบบประสาท ซึ่งล้วนเป็นโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับโลกและประเทศไทยมีความท้าทายเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคน โดยร้อยละ 78 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง² สำหรับประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงบริการได้เพียงร้อยละ 25-30 เท่านั้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 68.5 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 75.2 ในปี 2565³ รายงานระบุว่าผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 82 มีความประสงค์จะเสียชีวิตที่บ้าน อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 35 ที่สามารถเสียชีวิตได้ตามความประสงค์⁴

โรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอศิครินทร์และพื้นที่ใกล้เคียง จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) พบว่าผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีเพียงร้อยละ 36.36, 38.39 และ 39.12 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 40) นอกจากนี้ การทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวยังมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 74.53 ในปี 2564 เหลือเพียงร้อยละ 39.30 ในปี 2566 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 50)⁵ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากปัญหาสำคัญประการแรกได้แก่การจัดการอาการที่ขาดประสิทธิภาพ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 65 ยังมีอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ และร้อยละ 70 มีอาการรบกวนอื่น เช่น หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน และซึมเศร้า จากการศึกษาของ

กาญจโนภาศ ระบุช่องว่างในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ดังนี้ (1) การขยายการเข้าถึงบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม (2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของแพทย์สาขาต่างๆ เกี่ยวกับบทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง (3) การจัดโครงสร้างองค์กรให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยงานเฉพาะทาง (4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน (5) การศึกษาวิจัยด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการดูแล และ (6) การศึกษาวิจัยการแพทย์ทางเลือกที่มีศักยภาพ⁶

จากปัญหาดังกล่าว ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลศิครินทร์ตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยในปี พ.ศ. 2566 ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วยการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน การจัดหาอุปกรณ์สนับสนุน และการพัฒนาศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการดังกล่าวยังขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งประเมินผลลัพธ์และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้การศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Research) ที่ผสมวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง ผลการวิจัยจะใช้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบบริการในอนาคต รวมถึงเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Research) ด้วยการออกแบบการวิจัยแบบคู่ขนานผสมผสาน (Convergent Parallel Mixed-Methods Design) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 120/2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรคือเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลศิครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566-2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 64 ราย แบ่งเป็นปีละ 32 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบด้วยการจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในแต่ละปี คำนวณช่วงการสุ่ม ($k = N/n$) สุ่มเลขเริ่มต้นแล้วเลือกทุก k ราย จนครบ 32 รายต่อปี (2)

ญาติหรือผู้ดูแลหลักจำนวน 64 ราย และ (3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 18 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power⁷ สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Kang (2021)⁷ ซึ่งประเมินผลลัพธ์การดูแลด้วยเครื่องมือ POS และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power, $1-\beta$) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับปานกลาง ($d = 0.5$) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน จึงกำหนดเป็น 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

วิธีการพัฒนาระบบบริการ: การศึกษานี้ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการโดยปรับโครงสร้างทีมเป็นสหสาขาวิชาชีพ เต็มรูปแบบ (PCT) ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และเภสัชกร มีการประชุม Case Conference สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมกำหนดแนวทางการดูแล (Care Pathway) ที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองด้วย PPS และ ESAS ในโรงพยาบาล การฝึกทักษะผู้ดูแล (Caregiver Training) แบบ Bedside Teaching ใน 4 ทักษะหลัก (การจัดการความปวด, การทำแผล, อาหารทางสายยาง, สายสวนปัสสาวะ) และเชื่อมโยงสู่ชุมชนด้วยระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่าย พร้อมระบบ Fast Track และ Hotline 24 ชั่วโมง เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ครอบครัว

เครื่องมือวิจัย: ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน (2) แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPSv2) (3) Palliative care Outcome Scale (POS) มี 10 ข้อ

คะแนน 0-40 (4) Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ประเมิน 9 อาการ คะแนน 0-10 ต่ออาการ (5) แบบประเมินความพึงพอใจครอบครัว FAMCARE-2 มี 17 ข้อ คะแนน 17-85 และ (6) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ญาติด้วยแบบสอบถาม ระยะที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติผู้ดูแลหลัก ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อคน บันทึกเสียงและถอดเทปคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ) และสถิติเชิงอนุมาน (Independent t-test, Mann-Whitney U test, Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 64 ราย อายุเฉลี่ย 68.8 ± 12.2 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 51.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.9) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 59.4) และมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 51.6) การวินิจฉัยโรคหลักเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย (ร้อยละ 79.7) มีโรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.6) และเบาหวาน (ร้อยละ 26.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 85.9) ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างสองปี (p -value > 0.05)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	รวม (n=64)	<i>p</i> -value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
- ชาย	17 (53.1)	16 (50.0)	33 (51.6)	0.793
- หญิง	15 (46.9)	16 (50.0)	31 (48.4)	
อายุ (ปี)				
- Mean \pm SD	68.4 \pm 12.6	69.2 \pm 11.8	68.8 \pm 12.2	0.789
- Median (IQR)	70 (62-76)	71 (63-77)	70.5 (62-76)	
สถานภาพสมรส				
- โสด	3 (9.4)	2 (6.3)	5 (7.8)	0.856
- คู่	19 (59.4)	20 (62.5)	39 (60.9)	
- หม้าย/หย่า/แยก	10 (31.3)	10 (31.3)	20 (31.3)	
การอยู่อาศัย				
- อยู่คนเดียว	2 (6.3)	1 (3.1)	3 (4.7)	0.743
- อยู่กับคู่สมรส	11 (34.4)	12 (37.5)	23 (35.9)	
- อยู่กับครอบครัว	19 (59.4)	19 (59.4)	38 (59.4)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ต่อ)

	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	รวม (n=64)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้				
- พอใช้	12 (37.5)	13 (40.6)	25 (39.1)	0.793
- ไม่พอใช้	20 (62.5)	19 (59.4)	39 (60.9)	
ผู้ดูแลหลัก				
- บุตร	17 (53.1)	16 (50.0)	33 (51.6)	0.934
- คู่สมรส	10 (31.3)	11 (34.4)	21 (32.8)	
- ญาติอื่น	5 (15.6)	5 (15.6)	10 (15.6)	
การวินิจฉัยโรคหลัก				
- มะเร็งระยะแพร่กระจาย	26 (81.3)	25 (78.1)	51 (79.7)	0.742
- โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	6 (18.8)	7 (21.9)	13 (20.3)	
โรคร่วม				
- เบาหวาน	9 (28.1)	8 (25.0)	17 (26.6)	0.768
- ความดันโลหิตสูง	12 (37.5)	14 (43.8)	26 (40.6)	0.598
- ไชมันในเลือดสูง	5 (15.6)	6 (18.8)	11 (17.2)	0.734
สิทธิการรักษา				
- บัตรทอง	28 (87.5)	27 (84.4)	55 (85.9)	0.884
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.3)	3 (9.4)	5 (7.8)	

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3.1±1.0 เป็น 2.3±0.9 (p-value=0.001)

1) ผลลัพธ์ด้านการจัดการอาการและความสุขสบายของผู้ป่วย

การประเมินด้วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบผลสอดคล้องกัน อาการปวดลดลงจาก 5.8±2.1 เป็น 4.2±1.8 (p-value=0.001) อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลงจาก 6.2±1.9 เป็น 5.1±1.7 (p-value=0.003) อาการซึมเศร้าลดลงจาก 4.1±2.0 เป็น 3.2±1.6 (p-value=0.012) และอาการวิตกกังวลลดลงจาก 4.8±1.9 เป็น 3.7±1.5 (p-value=0.003) อาการรบกวนอื่น ได้แก่ คลื่นไส้ ง่วงซึม และเบื่ออาหาร มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

ตารางที่ 2 พบว่าการประเมินด้วย Palliative care Outcome Scale (POS) พบคะแนนรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 18.2±4.5 เป็น 14.8±3.9 (p-value=0.003) โดยคะแนนอาการปวดลดลงจาก 2.8±1.2 เป็น 1.9±0.9 (p-value=0.001) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงจาก 2.5±1.1 เป็น 1.7±0.8 (p-value=0.002) และความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงจาก

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการจัดการอาการและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตัวชี้วัด	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	Mean Difference	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD		
คะแนน POS (0-40)				
- อาการปวด	2.8 ± 1.2	1.9 ± 0.9	-0.9	0.001*
- ความวิตกกังวลผู้ป่วย	2.5 ± 1.1	1.7 ± 0.8	-0.8	0.002*
- ความวิตกกังวลครอบครัว	3.1 ± 1.0	2.3 ± 0.9	-0.8	0.001*
- คะแนนรวม POS	18.2 ± 4.5	14.8 ± 3.9	-3.4	0.003*
คะแนน ESAS (0-10)				
- อาการปวด	5.8 ± 2.1	4.2 ± 1.8	-1.6	0.001*
- อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	6.2 ± 1.9	5.1 ± 1.7	-1.1	0.003*
- อาการคลื่นไส้	3.4 ± 1.8	2.6 ± 1.5	-0.8	0.023*

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการจัดการอาการและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	Mean Difference	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD		
- อาการซึมเศร้า	4.1 ± 2.0	3.2 ± 1.6	-0.9	0.012*
- อาการวิตกกังวล	4.8 ± 1.9	3.7 ± 1.5	-1.1	0.003*
- อาการร่งงซึม	3.9 ± 1.7	3.2 ± 1.4	-0.7	0.019*
- อาการเบื่ออาหาร	5.3 ± 2.2	4.4 ± 1.9	-0.9	0.032*
- ความสบายดีทั้งกายและใจ	4.6 ± 1.8	3.8 ± 1.5	-0.8	0.008*
- อาการเหนื่อยหอบ	4.2 ± 2.1	3.5 ± 1.8	-0.7	0.055
คะแนน PPS				
- Median (IQR)	40 (30-50)	40 (30-50)	0	0.742
- ≤30%	12 (37.5)	11 (34.4)	-3.1%	0.793
- 40-50%	20 (62.5)	21 (65.6)	3.1%	0.793

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < 0.05

2) ผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 3 พบว่าการเข้าถึงบริการมีการพัฒนาอย่างชัดเจน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 เป็น 87.5 (p -value=0.048) จำนวนครั้งเยี่ยมบ้านเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 3.8±2.2 เป็น 5.9±2.6 ครั้ง (p -value=0.001) การทำ Advance Care Planning เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.6 เป็น 71.9 (p -value=0.009) และการจัด Family Meeting เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.0 เป็น 75.0 (p -value=0.031) การฝึกปฏิบัติผู้ดูแลมี

การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการจัดการความปวด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.0 เป็น 93.8 (p -value=0.034) การฝึกการทำแผลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 เป็น 90.6 (p -value=0.023) และการฝึกการดูแลสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.1 เป็น 59.4 (p -value=0.010) การสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเครื่องดูดเสมหะ (ร้อยละ 46.9 เป็น 71.9, p -value=0.037) และที่นอนลม (ร้อยละ 59.4 เป็น 81.3, p -value=0.048)

ตารางที่ 3 การเข้าถึงบริการและกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ

กิจกรรมการดูแล	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การฝึกปฏิบัติผู้ดูแล			
- การให้อาหารทางสายยาง	18 (56.3)	26 (81.3)	0.026*
- การทำแผล	22 (68.8)	29 (90.6)	0.023*
- การดูแลสายสวนปัสสาวะ	9 (28.1)	19 (59.4)	0.010*
- การจัดการความปวด	24 (75.0)	30 (93.8)	0.034*
การสนับสนุนอุปกรณ์			
- เครื่องดูดเสมหะ	15 (46.9)	23 (71.9)	0.037*
- ที่นอนลม	19 (59.4)	26 (81.3)	0.048*
- เครื่องผลิตออกซิเจน	11 (34.4)	18 (56.3)	0.074
- Syringe driver	4 (12.5)	8 (25.0)	0.188
การได้รับยา			
- ยาในกลุ่ม opioids	26 (81.3)	30 (93.8)	0.112
- กัญชาทางการแพทย์	2 (6.3)	4 (12.5)	0.389
การเยี่ยมบ้าน			
- โดยทีมสหวิชาชีพ	22 (68.8)	28 (87.5)	0.048*
- โดยเครือข่าย รพ.สต.	20 (62.5)	26 (81.3)	0.088
- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	25 (78.1)	30 (93.8)	0.063

ตารางที่ 3 การเข้าถึงบริการและกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (ต่อ)

กิจกรรมการดูแล	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การทำ ACP	13 (40.6)	23 (71.9)	0.009*
การมี Family Meeting	16 (50.0)	24 (75.0)	0.031*
จำนวนครั้งเยี่ยมบ้าน			
- Mean ± SD	3.8 ± 2.2	5.9 ± 2.6	0.001*
- Median (IQR)	4 (2-5)	6 (4-6)	

3) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของครอบครัว

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของครอบครัวประเมินด้วย FAMCARE-2 พบคะแนนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 58.4±8.7 เป็น 68.9±7.2 (p-value<0.001) โดยทุกด้านดีขึ้น ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูล ด้านการมีส่วนร่วม

ด้านการดูแลครอบครัว และด้านประสิทธิผลการดูแล (p-value <0.001 ทุกด้าน) สัดส่วนครอบครัวที่มีความพึงพอใจระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.0 เป็น 68.8 ในขณะที่ความพึงพอใจระดับน้อยลดลงจากร้อยละ 18.8 เหลือร้อยละ 3.1

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2)

ประเด็นความพึงพอใจ	ปี พ.ศ. 2566 (n=32)	ปี พ.ศ. 2567 (n=32)	Mean Difference	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD		
คะแนนรวม FAMCARE-2 (17-85)	58.4 ± 8.7	68.9 ± 7.2	10.5	<0.001*
ด้านการดูแลผู้ป่วย				
ความสบายของผู้ป่วย	3.2 ± 0.9	4.1 ± 0.7	0.9	<0.001*
การดูแลอาการอย่างรวดเร็ว	3.1 ± 0.8	3.9 ± 0.6	0.8	<0.001*
การตอบสนองความต้องการทางกาย	3.3 ± 0.9	4.0 ± 0.7	0.7	0.001*
ด้านการให้ข้อมูล				
การอธิบายสภาพอาการ	3.4 ± 0.8	4.2 ± 0.6	0.8	<0.001*
ข้อมูลอาการข้างเคียง	3.0 ± 0.9	3.8 ± 0.7	0.8	<0.001*
วิธีจัดการอาการ	3.2 ± 0.8	4.0 ± 0.6	0.8	<0.001*
ด้านการมีส่วนร่วม				
การปรึกษาหารือ	3.1 ± 0.9	3.9 ± 0.7	0.8	<0.001*
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.9 ± 0.8	3.7 ± 0.6	0.8	<0.001*
ด้านการดูแลครอบครัว				
ความพร้อมให้คำปรึกษา	3.3 ± 0.9	4.1 ± 0.7	0.8	<0.001*
การดูแลอารมณ์ความรู้สึก	3.0 ± 0.8	3.8 ± 0.6	0.8	<0.001*
ด้านประสิทธิผลการดูแล				
การจัดการบรรเทาอาการ	3.2 ± 0.9	4.0 ± 0.7	0.8	<0.001*
การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง	3.1 ± 0.8	3.9 ± 0.6	0.8	<0.001*
ระดับความพึงพอใจ				
- มาก (≥68 คะแนน)	8 (25.0)	22 (68.8)	43.8%	<0.001*
- ปานกลาง (51-67 คะแนน)	18 (56.3)	9 (28.1)	-28.2%	
- น้อย (≤50 คะแนน)	6 (18.8)	1 (3.1)	-15.7%	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 18 คน พบว่าทุกคนมีความเข้าใจบทบาทเฉพาะวิชาชีพชัดเจน ร้อยละ 88.9 เห็นว่าการทำงานเป็นทีมช่วยให้ประสานงานได้ดี ปัจจัยเอื้อที่สำคัญคือการสนับสนุนจากผู้บริหาร (ร้อยละ 83.3) และความร่วมมือของครอบครัว (ร้อยละ 94.4) อุปสรรคหลักคือ ข้อจำกัดด้านบุคลากร (ร้อยละ 77.8) และอุปกรณ์ (ร้อยละ 66.7) ทีมงานทุกคนเห็นว่าระบบการเยี่ยมบ้านมีความชัดเจน แต่ยังคงพัฒนาระบบ IT และการอบรมบุคลากรเพิ่มเติม

จากการสัมภาษณ์ญาติและผู้ดูแลหลัก 64 คน พบว่า ร้อยละ 75.0 มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้นหลังได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 81.3 พึงพอใจการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 87.5 ยังพบความยากลำบากโดยเฉพาะช่วงกลางคืน ความต้องการที่สำคัญคือการอบรมเพิ่มเติมเรื่องการจัดการอาการฉุกเฉิน (ร้อยละ 90.6) และการสนับสนุนทางจิตใจ (ร้อยละ 68.8)

2. การบูรณาการผลการศึกษาระดับปริมาณและเชิงคุณภาพ

พบว่าการบูรณาการผลการศึกษาระดับปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการส่งผลดีต่อทุกมิติของการดูแล ผลลัพธ์ทางคลินิกสอดคล้องกับประสบการณ์เชิงบวกของทั้งทีมงานและครอบครัว การที่ครอบครัวได้รับการฝึกอบรมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น สะท้อนจากการลดลงของการกลับมารักษาซ้ำและการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตที่บ้าน แม้จะมีการพัฒนาอย่างชัดเจน แต่ยังคงมีความจำเป็นในการแก้ไขข้อจำกัดด้านบุคลากร พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบมากขึ้น

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการ การดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติ โดยคะแนน POS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 18.2 ± 4.5 เป็น 14.8 ± 3.9 (p -value=0.003) และระดับความปวดตาม ESAS ลดลงจาก 5.8 ± 2.1 เป็น 4.2 ± 1.8 (p -value=0.001) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางกายภาพที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกัน การลดลงของระดับความวิตกกังวลทั้งในผู้ป่วยและครอบครัวแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองในมิติจิตสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Richmond⁸ ที่กล่าวว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเพียงมิติเดียวไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานได้อย่างสมบูรณ์ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความปวดแบบองค์รวม ซึ่งอธิบายว่าความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน⁹

เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษิตตามกรอบทฤษฎีการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ¹⁰ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์อย่างชัดเจน การเสริมสร้างโครงสร้างพื้นฐานผ่านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลที่บ้านส่งผลให้กระบวนการดูแลดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมเยี่ยมบ้านจากร้อยละ 68.8 เป็นร้อยละ 87.5 (p -value=0.048) และการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.6 เป็นร้อยละ 71.9 (p -value=0.009) กระบวนการเหล่านี้ส่งผลต่อเนื่องไปยังผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเฉพาะความพึงพอใจของครอบครัวที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 58.4 ± 8.7 เป็น 68.9 ± 7.2 คะแนน (p -value<0.001) ข้อค้นพบดังกล่าวยืนยันสมมติฐานเชิงทฤษฎีของ Donabedian ที่เสนอว่าโครงสร้างที่เหมาะสมจะอำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการที่มีคุณภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ซึ่งผลลัพธ์การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตการศึกษานี้ พบว่าการเสียชีวิตที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.9 ในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 68.8 ในปี พ.ศ. 2567 สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นของการดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตตามความประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากร้อยละ 56.3 เป็นร้อยละ 78.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.047) นอกจากนี้ การกลับมารักษาซ้ำในช่วง 6 เดือนสุดท้ายมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 43.8 เป็นร้อยละ 25.0 (p -value=0.091) และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการพ่วงชีพที่ไม่ก่อประโยชน์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.3 เป็นร้อยละ 90.6 บ่งชี้ว่าการพัฒนาระบบบริการส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans et al.¹¹ ที่พบว่าการนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิสามารถเพิ่มการริเริ่มการสนทนาวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ร้อยละ 50-90 เมื่อมีการฝึกอบรมและระบบสนับสนุนที่เหมาะสม และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Emecoff et al.¹² ที่ศึกษาในผู้ป่วย 402 ราย พบว่าการได้รับคำปรึกษาจากทีมดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (IRR 0.57, 95% CI 0.44-0.73)

การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Crawford และ Price¹³ ที่ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นต้นแบบของการปฏิบัติงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรร้อยละ 88.9 ประเมินว่าการ

ประชุมทีมประจำสัปดาห์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน และการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก² ที่กำหนดให้การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเป็น หนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

บทบาทของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนที่พบในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของรัตนภรณ์ รักชาติ และคณะ¹⁴ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งพบว่าการบูรณาการหลักการ "บวร" (บ้าน วัด ราชการ) และการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ในชุมชนส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.027) ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Nagaviroj และ Anothaisintawe¹⁵ ในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าการมีผู้ดูแลหลักที่มีศักยภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากทีมเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ของผู้ป่วย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจุบันที่พบว่าความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 56.3 เป็นร้อยละ 78.1 (p -value=0.047)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังพบข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของบุคลากรเฉพาะทางและความไม่สมบูรณ์ของระบบการส่งต่อข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hudson et al.¹⁶ ที่ชี้ให้เห็นว่าความท้าทายในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวต้องอาศัยทั้งทรัพยากรที่เพียงพอและระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการในระยะต่อไป จึงควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างดังกล่าว เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง

สรุป

การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลศิครินทร์ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการจัดการอาการและความสุขสบายของผู้ป่วยที่วัดด้วยแบบประเมิน POS และ ESAS รวมถึงมีการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นผ่านระบบการเยี่ยมบ้านและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อเนื้อให้ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการสูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ารูปแบบการดูแลใหม่ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลและส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิครินทร์และทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย และขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf.
2. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Sep 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. Thai Public Broadcasting Service. ไรค์น ไรค์ตำแหน่ง ไรค์ความชัดเจน: การดูแลแบบประคับประคองไทยติดหล่ม [อินเทอร์เน็ต] 2568 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://theactive.thaipbs.or.th/read/palliative-care-future>.
4. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐกฤตา ไชยสาลี, ชลิดา ธนะขว้าง, ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, ภภัสสร รัชตโสทธิ, ปิยวัฒน์ รัตนพันธ์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(3):450-60.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. Health Data Center 2568 [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/srm/public/standard-report-detail/a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086>.
6. ฐาภรณ์ กาญจนภาค. พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย. วารสารการสาธารณสุข. 2565;1(1):76-89.
7. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G* Power software. J Educ Eval Health Prof. 2021;18:17.
8. Richmond C. Dame cicely saunders. BMJ. 2005;331(7510):238.
9. Saunders CM. The management of terminal illness. London: Hospital Medicine Publications; 1967.
10. Donabedian A. The quality of care. How can it be

- assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. Doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
11. Evans JM, Mackinnon M, Pereira J, Earle CC, Gagnon B, Arthurs E, et al. Building capacity for palliative care delivery in primary care settings: Mixed-methods evaluation of the INTEGRATE Project. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2021;67(4):270-8. Doi:10.46747/cfp.6704270.
 12. Ernecoff NC, Wessell KL, Hanson LC, Shea CM, Dusetzina SB, Weinberger M, et al. Does Receipt of Recommended Elements of Palliative Care Precede In-Hospital Death or Hospice Referral? *Journal of pain and symptom management* 2020;59(4):778-86. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.011.
 13. Crawford GB, Price SD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *The medical journal of Australia* 2003;179(6):S32.
 14. รัตนาภรณ์ รักษาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร วังคีใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2565;4(2):1-19.
 15. Nagaviroj K, Anothaisintawee T. A study of the association between multidisciplinary home care and home death among Thai palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(5):397-403.
 16. Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *Journal of palliative medicine*. 2004;7(1):19-25.