

# Patterns of care at the end of life patients in the palliative care community in Bangkok

Somjin Peachpansri,<sup>1</sup> Thanomkwan Thaweeboon,<sup>1</sup> Benchaporn Sukprasert,<sup>2</sup> Solot Sirisai,<sup>3</sup> Nutjana Supiyaphun,<sup>4</sup> and Janya Chareonsuk.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Msc (Nursing) Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

<sup>2</sup> Msc (Food and nutrition for development ) Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

<sup>3</sup> Ph.D (Linguistic & Anthropology) Thai International Studies Program, Faculty of Liberal Arts, Mahidol University

<sup>4</sup> Msc (Nursing) Professional Nurse, 29 Health Center, Bangkok.

<sup>5</sup> Msc (Nursing) Department of Obstetrics and Gynecological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

Corresponding author: Somjin Peachpansri Email: somjin.pea@mahidol.ac.th

Received: 30 December 2012 Revised: 18 March 2014 Accepted: 21 March 2014

Available online: April 2014

## Abstract

Peachpansri S, Thaweeboon T, Sukprasert , Sirisai S, Supiyaphun N and Chareonsuk J.  
Patterns of care at the end of life patients in the palliative care community in Bangkok.  
J Pub Health Dev. 2014;12(1): 77-91

The purposes of qualitative study were to study the problems and needs among end of life patients and caregivers including the quality of life and patterns of the palliative care in the community. The study subjects were 9 palliative patients, 7 care givers, 7 health care staffs, 9 community leaders, Tambon Administrator organization(TAO) and village health volunteers (VHVs) and the monks. The data were collected from observation, in-depth interview, evaluated the perceived quality of life of patients and focus groups. Qualitative data were analyzed and synthesized of the specific issues.

The results of this study revealed that: The problems of end of life patients are as pain, dyspnea, fatigue, loss of appetite, dejection, sadness, despair, anxiety about severity of diseases and concerned cost of medical care and medication follow up. The quality of life was at moderate level ( $\bar{X} = 5$ ,  $SD = 2.179$ ). Patients are suffering from pain, fatigue, loss of appetite, insomnia, frustrated with illness , grieving, no value of life and burden. However the patients were satisfaction with care provided by relatives ,village health volunteers, neighbors and health care teams. The problems and needs of caregivers mainly are daily fatigue, weakness, anorexia, anxiety about the change in symptoms of end of life patients and patterns of caring. Some of the caregivers had hypertension or diabetes and the most of the caregivers had required the attention of a health care providers. The palliative care model is to care for individual patients . The relatives have a significant role in caring by helping improve quality of life. Community nurses, village health volunteers play a role in counseling and providing the necessary any equipments as need.

The research findings demonstrated that the patterns of palliative care of patients in the community, the relatives have a significant role in caring .Health providers and health volunteers have a role by assisting and making the decisions based on the circumstance of each patient. The government should increase policies support systems and capability development staffs continuously.

**Keywords:** end-of-life care, problems and needs, quality of life



## รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี<sup>1</sup> ธนอมขวัญ ทวีบุรณ์<sup>1</sup> เบญจพร สุขประเสริฐ<sup>2</sup>  
โสพล ศิริไสย์<sup>3</sup> ณิชนา สุปิยพันธ์<sup>4</sup> และจรรยา เจริญสุข<sup>5</sup>

- <sup>1</sup> วท.ม (พยาบาล) ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- <sup>2</sup> วท.ม (อาหารและโภชนาการสำหรับการพัฒนา) ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- <sup>3</sup> ปรด. (ภาษาศาสตร์) สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล
- <sup>4</sup> วท.ม (พยาบาล) พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 เขตจอมทอง สำนักอนามัย กรุงเทพฯ
- <sup>5</sup> วท.ม (พยาบาล) ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ธนอมขวัญ ทวีบุรณ์ เบญจพร สุขประเสริฐ  
โสพล ศิริไสย์ ณิชนา สุปิยพันธ์ และจรรยา เจริญสุข  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชนของกรุงเทพมหานคร  
ว.สาธารณสุขและการพัฒนา.2557;12(1): 77-91

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 9 ราย ผู้ดูแล 7 ราย บุคลากร ทีมสุขภาพ 7 ราย ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขและพระ 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์ตามประเด็นที่กำหนด

ผลการวิจัย ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ มีอาการปวด เหนื่อย เพลีย เบื่ออาหาร มีความท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ กลัวถูกทอดทิ้ง วิตกกังวลความรุนแรงของโรค มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และการเดินทางมาตรวจตามนัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใช้แบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 5$ ,  $SD = 2.179$ ) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการปวด เพลีย เหนื่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ทางด้านจิตใจ รู้สึกท้อแท้กับความเจ็บป่วย เศร้า เสียใจ ทางด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่คิดว่า ชีวิตไม่มีความหมาย เป็นภาระ ทางด้านสังคมอย่างไรก็ตามผู้ป่วยพอใจกับการดูแลของครอบครัว ภรรยา บุตรและญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขและทีมสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอาการ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ทุกรายวิตกกังวลต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการดูแล ผู้ดูแลบางคนมีโรคประจำตัวเช่นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ผู้ดูแลทุกคนต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะราย ญาติเป็นผู้ดูแลหลัก มีพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้

ผลการศึกษาแสดงว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ควรเป็นคือ ญาติมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยมีทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ให้การช่วยเหลือ ช่วยตัดสินใจตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รัฐบาลควรมีนโยบาย ช่วยเหลือ มีการเพิ่มงบประมาณและระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล คุณภาพชีวิต



## บทนำ

ผู้ป่วยโรครีรังจะมีอาการลุกลามของโรคจนถึงขั้นระยะสุดท้าย ไม่มีแผนการรักษาใดๆ นอกจากการดูแลประคับประคอง<sup>1</sup> ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากสภาพความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับการสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านจนเสียชีวิต<sup>2,3</sup> และจากการศึกษาของแวน<sup>4</sup> พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มากกว่าร้อยละ 50 ต้องการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาของครุทิสและคณะ<sup>5</sup> ยืนยันว่า การตายที่ดี คือ การตายที่บ้าน ซึ่งมีครอบครัว ญาติและชุมชนให้การดูแลผู้ป่วย และเมื่ออาการของโรคลุกลามถึงระยะสุดท้าย (end-of-life) จะมีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่นๆ ในการตอบสนองความต้องการของร่างกาย จิตใจ จิตสังคัมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ดังเช่น การศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนของสุมานี ศรีกำเนิด<sup>6</sup> พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทางกาย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทางกาย มีภาวะแทรกซ้อน ปัญหาทางด้านจิตใจและปัญหาทางด้าน การสื่อสาร ปัญหาด้านผู้ดูแล คือ เครียด ไม่มีผู้ดูแลเป็นบางเวลา ญาติขาดทักษะในการดูแล ปัญหาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูล การบริการใช้เวลานาน ไม่มียาแก้ปวดที่แรงพอในสถานีนอนมัย การส่งต่อมีข้อจำกัด เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ การดูแลไม่ทั่วถึง ขาดความชำนาญ ไม่สนใจ ความต้องการในการดูแล คือ ให้มีแพทย์อยู่ใกล้ชุมชน มีเจ้าหน้าที่มาดูแลที่บ้าน ขยายขอบเขตการให้ยาแก้ปวด

ไบออกและคณะ<sup>7</sup> ได้นำกรอบแนวคิดของสจวร์ตและคณะ<sup>8</sup> มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับ เป็นแนวปฏิบัติ

ที่อธิบายถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในบริบทของชุมชน โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ 1) คุณลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ความเป็นปัจเจกบุคคล ลักษณะของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล และผู้ดูแล 2) ลักษณะโครงสร้างของการบริการ ได้แก่ หน่วยงานที่ให้บริการ การเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการดูแล การบริการและแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย 3) กระบวนการบริการ ได้แก่ รูปแบบการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย แผนปฏิบัติการ รูปแบบการให้คำปรึกษา การประสานงานระหว่างผู้ดูแลและสถานพยาบาล ขั้นตอนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษาและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) ผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การมีชีวิตที่ยืนยาวและความพึงพอใจในการได้รับบริการ มีกลไกการดำเนินการและการประเมินผลตามเป้าหมายปรับเปลี่ยนตามวัฒนธรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายรายงาน<sup>2,9,10</sup> ซึ่งศึกษาเฉพาะปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและเครือข่าย สำหรับคุณภาพชีวิตยังมีการศึกษาน้อย นอกจากนี้ยังขาดองค์ประกอบในด้านการให้บริการ การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการศึกษาผู้ป่วยในชุมชนกรุงเทพมหานคร มีการศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ญาติ และสถานให้บริการเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาความต้องการบริการที่บ้านซึ่งปัจจุบันมีความต้องการสูงขึ้น<sup>2,3,10</sup> ดังนั้น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวโดยใช้ระบบบริการที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตรวมทั้งศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลหลัก ผู้ให้บริการและผู้นำชุมชนในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วงนุชเนตร เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติในการเลือกเข้าแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต: มีชีวิตอยู่น้อยกว่า 6 เดือน 11 แพทย์ได้แจ้งกับผู้ป่วยหรือญาติว่าไม่มีการรักษาเฉพาะ ให้การรักษาตามอาการเต็มใจและยินดีให้ข้อมูล จำนวน 9 ราย
2. ผู้ดูแลหลัก: ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ อาจเป็น บุตรหลาน ภรรยาหรือพี่น้องที่รู้เรื่องและเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี จำนวน 7 ราย
3. ผู้ให้บริการ: แพทย์ พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 29 เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปี จำนวน 7 ราย
4. ผู้นำชุมชน: ผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้ที่อาสาสมัคร ทำหน้าที่ผู้นำซึ่งเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน สมาชิกสภาเขตกรุงเทพมหานคร และผู้แทนพระภิกษุสงฆ์ที่มีกิจกรรมหรือโครงการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งอยู่ในเขตที่ศึกษา ทุกกลุ่มมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 9 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายรับ-รายจ่าย ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน/อดีต ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัย 12 เป็นแบบประเมินค่า 0 -10 ประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตั้งแต่ วันที่ผ่านมา ทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและการเงิน มีความพึงพอใจหรือมีความรู้สึกอย่างไร โดยการประมาณค่า การแปลค่า กำหนดดังนี้ คะแนน 0 – 4 คือ แย่ หรือไม่ดี คะแนน 5 – 7 ปานกลางหรือพอยอมรับได้ คะแนน 8 – 10 อยู่ในระดับดีถึงดีเลิศ คือ พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งของเฟอร์เรลล์ 13 และโอเรม 14 มาเป็นแนวทางการกำหนดคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ ความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ซึ่งประกอบด้วยความสุข 4 ด้านได้แก่ ทางด้านร่างกาย (Physical well-being) ทางด้านจิตใจ (Psychological well-being) ทางด้านสังคม (Social well-being) และทางด้านจิตวิญญาณ (Psycho-spiritual well-being) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายรับ-รายจ่าย โรคประจำตัว ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยต่อสุขภาพ บุคคลที่ต้องการขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือในเรื่องใด ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึก ด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคำถามการศึกษารายวิจัยของ สุมาลี ศรีกำเนิด<sup>6</sup> และครุฑทิศและคณะ<sup>5</sup> ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 3 ประเด็นการสนทนากลุ่ม ผู้ให้บริการ อสม. ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลหลักโดยใช้แนวคำถามแบบปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสจวร์ตและคณะ 8 ประกอบด้วยคำถามในด้านต่างๆ คือ นโยบาย/แผนงานในการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต รูปแบบ/กิจกรรมที่มีและที่ต้องการจัดให้กับผู้ป่วยนอกเหนือที่ปฏิบัติอยู่ การบริการ การช่วยเหลือที่โรงพยาบาล ที่บ้าน ควรมีลักษณะ/รูปแบบอย่างไร ความต้องการการช่วยเหลือด้านใดจากใคร แหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยมีเพียงพอหรือไม่ เพราะเหตุใด ความต้องการเพิ่มเติม ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการ การพัฒนาความสามารถในการดูแล

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และแนวคำถามที่พัฒนาขึ้นทั้ง 3 ชุด ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมทางภาษากับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายและการทำวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ราย ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสังกัดหน่วยงานกรุงเทพมหานคร 1 ราย อาจารย์พยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษา 1 ราย และพยาบาลผู้ชำนาญการโรคมะเร็งจากโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย 1 ราย หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อคำถามดังกล่าวมาปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายและปรับแนวคำถามโดยใช้ เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า Triangulation เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลและผลการวิเคราะห์ด้วยมิติที่หลากหลาย เช่น กรณีที่เกิดขึ้น สามารถยืนยันได้ด้วยการตรวจสอบเวลาสถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้องจริง นอกจากนี้ มีการยืนยันจากความเห็นของนักวิจัยในโครงการ ซึ่งมีความเห็นตรงกัน จึงเป็นการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล 15 กรณีที่นักวิจัยมีความเห็นไม่ตรงกัน จะนำข้อมูลมาทำการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการทำงานวิจัยในคนของสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร เลขที่ 0084.51 คณะผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ขณะสนทนากลุ่มมีการบันทึกเสียงการสนทนา เมื่องานวิจัยสิ้นสุดลงจะทำลายข้อมูลทันที

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** เมื่อได้รับการอนุมัติจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร อนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและผู้นำชุมชนเพื่อเข้าพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธี การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2551- มีนาคม 2552

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. กลุ่มผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสังเกตขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านสังเกตบริบทแวดล้อม เช่น สภาพครอบครัว ที่พักอาศัย สภาพของผู้ป่วย ยาที่ได้รับ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเฉลี่ย 3 – 8 ครั้งต่อรายใช้เวลา 20-30 นาที/ครั้ง จำนวน 9 ราย

2. กลุ่มผู้ดูแลเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตพฤติกรรมดูแล สีหน้าและท่าทีของผู้ดูแล รวมทั้งบทบาทของผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน ขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนถึงเสียชีวิตเฉลี่ย 3 – 9 ครั้งต่อราย ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 9 ราย ถ้าข้อมูลไม่สมบูรณ์จะโทรศัพท์สอบถามเพิ่มเติม สำหรับการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มจำนวน 7 ราย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

3. กลุ่มผู้ให้บริการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด จำนวน 7 ราย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร

4. กลุ่มอาสาสมัคร และ ผู้นำชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด โดยจัดประชุมจำนวน 9 ราย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ณ ศูนย์เด็กเล็ก เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์ตามประเด็นที่กำหนดไว้

## ผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่า

1.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.8 (7 ราย) อาการทางกาย ได้แก่ อาการปวด เช่น ปวดในท้อง ปวดกระดูก ร้อยละ 66.7 (6 ราย) มีอาการเหนื่อยง่าย เพลียช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 55.6 (5 ราย) เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ ท้อแท้ เศร้าเสียใจ สิ้นหวัง ปัญหาทางจิตวิญญาณ ได้แก่ กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 55.6 (5 ราย) ปัญหาทางสังคม ได้แก่ กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา 4 ราย การเดินทางมาพบแพทย์ 2 ราย ขาดผู้ดูแลบางเวลา 2 ราย

1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลทุกคนมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงและการดูแลผู้ป่วย ความต้องการ คือ ต้องการการมาเยี่ยม การได้รับความรู้ คำแนะนำจากทีมสุขภาพ ปัญหาด้านสุขภาพ มีอาการ เพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร จำนวน 4 ราย และ 3 ราย มีโรคประจำตัวที่พบคือ ความดันโลหิตสูง 2 รายและ เบาหวาน 1 ราย

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่า คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในมิติต่างๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมโดยคะแนนรวมอยู่ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 2.179 โดยมีรายละเอียดแยกเป็นรายด้านดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วย คุณภาพชีวิต	ด้านร่างกาย (Physical well-being)	ด้านจิตใจ (Mind well-being)	ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)	ด้านสังคม (Social well-being)
ผู้ป่วย 9 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 2 ราย อายุต่ำสุด 48 ปี สูงสุด 71 ปี อายุเฉลี่ย 58.1 ปี โรคที่ป่วยได้แก่มะเร็ง 6 ราย เบาหวาน 1 ราย อัมพาต 2 ราย ผู้ดูแลประกอบด้วย ภรรยา 5 ราย บุตรสาว 1 ราย น้องชาย 1 ราย หลานสะใภ้ 1 ราย หลานสาว 1 ราย	ทางกายเป็นไปตามลักษณะของโรคและอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ความทุกข์ทรมานจากอาการปวด เช่น ปวดท้อง ปวดตามตัว ปวดหลัง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายท้องผูก อาการเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นผลลดทอนเป็นต้น	มีความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ หงุดหงิด สิ้นหวัง กลัวถูกทอดทิ้ง กังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ความลำบากในการไปพบแพทย์ ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อย่างทรมาณ แต่ความรู้สึกส่วนหนึ่งยังมี ความหวังใจอาหารคนในครอบครัว ดีใจที่เห็นคนมาเยี่ยม	คิดว่าชีวิตไม่มีความหมาย ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่เตรียมตัวมาดี จะมีจิตใจเข้มแข็งยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับชีวิต การอยู่ในภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้มีโอกาสมหาพบกับอดีตที่ผ่านมา ภูมิใจที่ยังเป็นที่รักห่วงใยของลูก มีแนวคิดแบ่งวาทตามคำสอนของพระยิดลือปฏิบัติ “ปวดคืนะ สนุกดี” “ยิ้มไว้ ไม่ทุกข์ สนุกดี” “จงเป็นสุข เป็นสุขเถิด” แต่บางรายรู้สึกเสียใจกับการกระทำที่ผ่านมา	ความห่วงใยของลูกหลาน ความผูกพันภายในของ คนในครอบครัว ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว การมีลูกหลาน อยู่ด้วยภายในบ้านผลัดเปลี่ยนกันดูแลในนามของความกตัญญู การมีผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือ ดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้อาหาร - พยาบาลเยี่ยมบ้านมาให้คำแนะนำ ปัจจุบันเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอุปสรรคของชีวิตระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี

จากตารางที่ 1 พบว่า

คุณภาพชีวิตทางกาย ผู้ป่วยทุกขั้ทรมาณจากอาการทางกายคือ อาการปวด เพื่อย น้อย เบื่ออาหาร ผู้ป่วยหญิงอายุ 71 ปีกล่าวว่า “หมดเวร หมดกรรม จะอยู่ทรมาณทำไม” “อยากตายแล้ว ทรมาณ”

คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เสร้า ท้อแท้ สิ้นหวังกับความเจ็บป่วย น้อยใจ เสียใจ ดังคำกล่าว “ไหนๆมันก็ตาย ตายๆ ไปเลย” “เสียใจ ทำไม่ถึงเป็นอย่างนี้” ผู้ป่วย ร้อยละ 55.6 (5 ราย) ร้องไห้เมื่อพยาบาล ญาติหรือผู้อื่นมาเยี่ยม แต่จะได้กำลังใจจากผู้ดูแล “รู้ว่าเขาเจ็บตรงไหนจะค่อยๆ เช็ดตัว ค่อยๆ พลิก” “ให้สู้นะ” “จะต้องหาวิธีใหม่ๆ ให้ เช่น การประคบ น้ำอุ่น น้ำเย็น”

คุณภาพชีวิตทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความเชื่อ ความหวังและความศรัทธาลดลงร้อยละ 44.4 (4 ราย) มีคำพูดที่คล้ายคลึงกัน คือ “ชีวิตไม่มีความหมาย ไม่มีอนาคต” “เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น”

คุณภาพชีวิตทางด้านสังคม ผู้ป่วยทุกรายมีญาติ เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีเพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน และพยาบาลมาเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการสามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตทางสังคมดี เช่น “ขณะอยู่บ้านก็มีพยาบาลมาให้คำแนะนำ รู้สึกว่ามีที่ปรึกษา” “พยาบาลจากศูนย์ฯ มาช่วยทุกสัปดาห์ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ” “ไม่คิดอะไร ก่อนหน้าผู้ป่วยเสีย มีเพื่อนบ้านมาแนะนำว่าซื้อโลงที่ไหน ซื้อดอกไม้ที่ไหน” “ไม่คิดแต่พอเสียก็มีคนรอบบ้านเลย มาช่วยบอกว่าจะต้องทำอย่างไรบ้าง เพราะว่าทำอะไรไม่ถูก ตกใจหมดเลย”

**3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต**  
พิจารณาตามกรอบแนวคิดการพัฒนารูปการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ สจวร์ตและคณะ ดังนี้

**คุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยและผู้ดูแล** ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 7 ราย หญิง 2 ราย อายุตั้งแต่ 48-71 ปี อายุเฉลี่ย 58.1 ปี เป็นโรคมะเร็ง 6 ราย เบาหวาน 1 ราย หลอดเลือดสมอง 2 ราย ผู้ดูแลส่วนใหญ่

ใหญ่เป็นภรรยา 4 ราย อายุเฉลี่ย 57.44 ปี ผู้ป่วย 8 ราย อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 1 ราย เป็นพระภิกษุสงฆ์ อาศัยอยู่ที่กุฏิวัดตามลำพัง ผู้ดูแลเป็นน้องสะใภ้มาดูแล เฉพาะเวลากลางวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่สภาพเศรษฐกิจต่ำ ไม่มีเงินเหลือเก็บ อาชีพรับจ้าง อาศัยอยู่ในเป็นชุมชนแออัด มีถนนกว้างพอรถมอเตอร์ไซด์ผ่านได้ มีวัดตั้งอยู่ในชุมชนและบริเวณใกล้เคียง 4 แห่ง อสม. ผู้นำชุมชน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 29 สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่มีความผูกพันกันดี จะเห็นได้ว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งอาจมากกว่าหนึ่งคนเข้ามา รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเองและมีความต้องการตอบแทน บุญคุณหรือคุณงามความดีของผู้ป่วย ดังคำยืนยัน “อยู่กับสามีมานาน 36 ปี ช่วยเหลืองานบ้านทุกอย่าง” “ดูแลเอาใจจากอาดูแลตนเอง ตั้งแต่อายุ 27 วัน แม่ทิ้งไป อาเลี้ยงดูมาตลอด มันเป็นเรื่องที่ต้องทำคือ ถ้าไม่ทำตอนนี้ก็ไม่รู้ว่าจะทำตอนไหน เพราะไม่มีโอกาสอีกแล้ว”

**ลักษณะโครงสร้างของการบริการ** ประกอบด้วย

หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 6 ราย ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ 3 รายได้รับแจ้งจาก อสม.จากนั้นศูนย์ฯมอบให้อสม. รับผิดชอบผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ครอบครัว/คน มีผู้นำชุมชนทำหน้าที่ประสานงานและเป็นกำลังสำคัญ ในการจัดทำกิจกรรมทั้งของศูนย์ฯ และหน่วยงานอื่นที่มาทำกิจกรรมในพื้นที่ นอกจากนี้ วัดยังเป็นศูนย์รวมของชุมชน ในการทำกิจกรรมทางศาสนา บางวัดทำโครงการสนับสนุนการดูแลในชุมชน เช่นโครงการ สุขสงบเฉลิมพระเกียรติ ทำความดีทุกวันศุกร์ถวาย เป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ วัดยังให้การรักษาทางเลือกนอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะ ผู้ป่วยมะเร็ง เช่น “ที่วัดก็มีกุฏิ คนต่างจังหวัดก็มารักษา

เป็นมะเร็ง มาเปื่อย วันละ 2 ครั้ง จะมาอยู่ข้างก็มี มีอาการที่พอกให้เยื่อมีศาลาอเนกประสงค์ เมื่อสิ้นชีวิตไป เราก็ช่วยทำศพให้ โลงเราก็มีให้”

**การเข้าถึงบริการ:** ผู้ป่วยทั้งหมดจะไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วย 8 ราย รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ อีก 1 ราย รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล โดยใช้สิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยทุกรายดูแลตนเองที่บ้าน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้นความสามารถของญาติ ร้อยละ 66.7 (6 ราย) ญาติจะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและเสียชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 33.3 (3 ราย) ไม่ไปโรงพยาบาล เพราะเดินทางลำบาก ขอยเข้าบ้านแคบ และบอกว่าการรักษาเหมือนเดิม จึงขอเสียชีวิตที่บ้านโดยมีเพื่อนบ้าน

อสม.และผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือ เป็นเพื่อน ให้คำแนะนำ และมีทีมสุขภาพจากศูนย์ฯ มาดูแล “พยาบาลจากศูนย์ฯ มาช่วยทุกสัปดาห์ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ” “เลียนแบบการดูแลจากพยาบาลที่โรงพยาบาล และพยาบาลที่ศูนย์ฯแนะนำ เช่น ทำแผลอย่างไร ดีมาก และพยาบาลยังถามอีกว่า อุปกรณ์ใช้อะไรบ้าง จะเอาผ้ากอซมาให้ใช้”

**การบริหารจัดการดูแล:** ศูนย์ฯ มีแพทย์รับผิดชอบด้านการรักษา พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านโดยมอบหมายให้อสม.รับผิดชอบ ดูแลชุมชนละ 3 คน พยาบาลเยี่ยมบ้านกล่าวถึงบทบาทของตนว่า “ช่วงเช้าจะมีการออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้แก่ญาติ” “เรามีการสำรวจข้อมูลชุมชน แล้วนำมาวินิจฉัยชุมชนจากการสำรวจพบ Case และไปส่งต่อโรงพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน” “ญาติคนไข้ก็โทรมาเองหรืออาสาสมัครในชุมชนแจ้งมา ก็ทำให้ทราบว่า case มาจากไหน ก็จากเครือข่ายในชุมชน”

**การบริการและแหล่งสนับสนุน:** ทีมสุขภาพให้บริการทั้งในและนอกสถานบ้าน นักสังคมสงเคราะห์เป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ผู้ป่วยให้การช่วยเหลือในรายที่มี

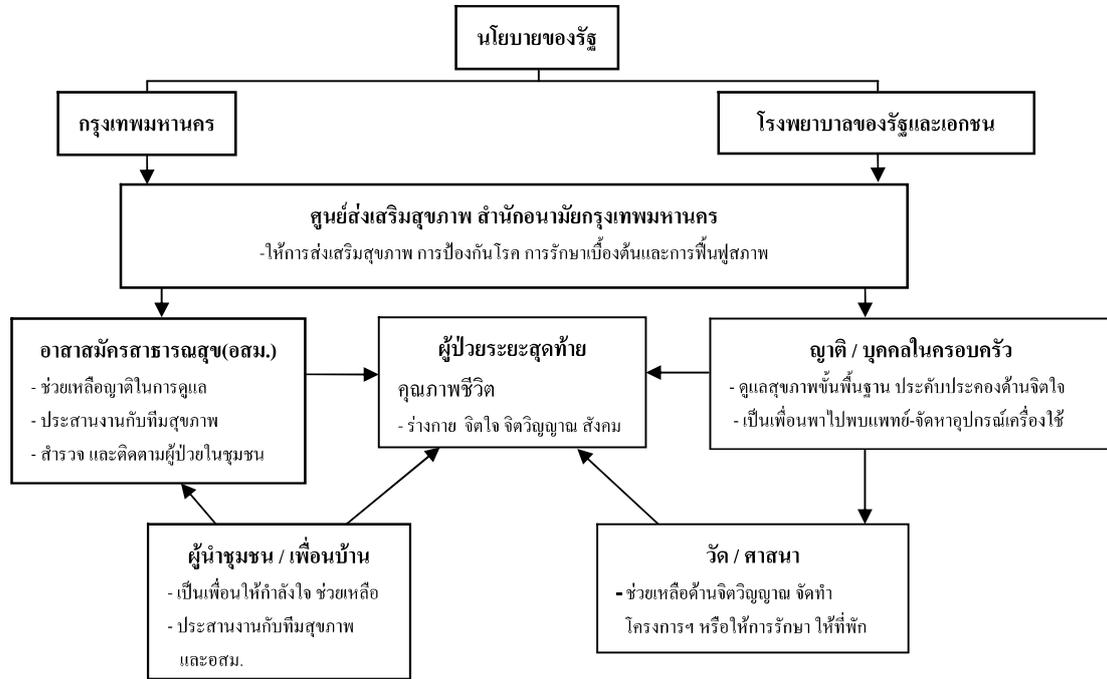
ปัญหาทางเศรษฐกิจ พยาบาลเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังใจ แก่ญาติและอสม.ในการทำงานในชุมชน ญาติบอกว่า “ไม่รู้จะนึกถึงใคร คนแรกที่เขานึกถึง คือ พยาบาล” “อสม.โทรมาตอนที่อยู่บ้าน บอกว่า “ พี่ๆ มีคนไข้กำลังจะเสียชีวิต หนูจะอย่างไรดี ” เป็นการให้ความช่วยเหลือกันและกัน ในชุมชนระหว่างพยาบาลและชุมชน

**กระบวนการบริการ:** ประกอบด้วยรูปแบบการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย: ศูนย์บริการสาธารณสุข ปฏิบัติงานทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูร่างกายและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ไม่มีนโยบายหรือรูปแบบเฉพาะ ผู้ป่วยเรื้อรังหรือระยะสุดท้ายจะบูรณาการอยู่ในงานการพยาบาลเยี่ยมบ้าน การบริการจะปรับไปตามความบริบทของผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลกล่าวถึงการให้บริการ “โดยภาพรวมของเราทำงานบริการตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ได้แก่ เรื่องของเด็ก ผู้สูงอายุและคนพิการและปฏิบัติตามนโยบายหลักสำคัญของ กทม. ปกติมีการเยี่ยมบ้านกันทุกวัน ติดตามรายงานผล ”

**ขั้นตอนการตัดสินใจในการรักษา:** ประกอบด้วยระบบจัดการ การส่งต่อ แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจให้การรักษาในโรงพยาบาล โดยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แพทย์สะท้อนถึงปัญหาของระบบส่งต่อว่า “การส่งต่อ case ที่เร็วจะป้องกันภาวะแทรกซ้อน” “ปรับการนัดผู้ป่วยให้สะดวกเสร็จใน 1 วัน”

**การให้คำปรึกษาและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว:** ทีมสุขภาพจากศูนย์ฯ จะให้คำปรึกษาและติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวมารับบริการที่ศูนย์ฯหรือขณะไปเยี่ยมบ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านจะมีหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ ญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจ มีการสื่อสารทางโทรศัพท์ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์ส่วนตัว “เรามีอะไรเขาก็จะโทรมาตลอด แล้วถามว่าเขาทำอย่างไรแล้ว ควรทำอย่างไรต่อ เขาพยายามที่จะพึ่งตนเอง ”

จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านสรุปได้ดังแผนภูมิ



แผนภูมิ แสดง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## การอภิปรายผล

### 1. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.1 ปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการปวด อาการเหนื่อยง่าย เพลีย ไม่สุขสบาย แน่นอึดอัด ใต้รับสารอาหารและน้ำน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ ไม่มีแรง การศึกษาของ สุปราณี นิรุตติศาสตร์<sup>16</sup> รายงานว่า อาการไม่สบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ ความปวด อ่อนแรง อ่อนเพลีย หายใจลำบาก น้ำหนักลดและปีเตอร์และเชลลิก<sup>17</sup> พบว่า อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งได้แก่อาการอ่อนแรง อ่อนเพลียและอาการปวด ซึ่ง สุมาลี นิรมานนิตย์<sup>18</sup> กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะใกล้ตายจะประกอบด้วย อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นมะเร็งระยะลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงทำให้มีการเปิดหรือกอดอวัยวะนั้น เช่น ไปที่

กระดูกจะมีอาการปวดกระดูก ไปที่ช่องท้องเกิดมีน้ำในช่องท้อง แน่นอึดอัดท้อง หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไม่สุขสบายตัว เบื่ออาหารซึ่งมีผลต่อปัญหาจิตใจของผู้ป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีความรู้สึกท้อแท้ เศร้า เสียใจ สิ้นหวัง วิตกกังวลกับตามความรุนแรงของโรค ซึ่งอาการของโรคลุกลามมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยไม่ยอมมีชีวิตอยู่อย่างทรมาณจากโรคและกลัวถูกทอดทิ้ง โอนถ่าย วีระพงษ์สุชาติ<sup>19</sup> กล่าวถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาวะดังนั้น ความต้องการของผู้ป่วยคือต้องการได้รับการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บป่วยเพราะยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอและประสิทธิภาพต่ำ การมีทีมสุขภาพมาเยี่ยมและช่วยรักษาพยาบาลที่บ้านเพราะการเดินทางไปโรงพยาบาลลำบากและเป็นภาระแก่ลูกหลาน

1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ เพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหารเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยผู้เดียวมากกว่า 1 ปีและทุกรายมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคและการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง เนื่องมาจากผู้ดูแลทั้ง 2 คนอายุเฉลี่ย 57.5 ปี จะมีความเสื่อมตามวัย การยึดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดตีบแคบ ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน การพักผ่อนน้อย ทำให้เกิดความเครียดต่อเนื่อง มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลทุกคนมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงและการดูแลผู้ป่วย และความต้องการของผู้ดูแล คือ ต้องการการมาเยี่ยม การได้รับความรู้ คำแนะนำจากทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของโณทัย วีระพงษ์สุชาติ<sup>1</sup> เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลคือ เครียด ขาดรายได้ ขาดความพร้อมในการดูแลทั้งด้าน ความมั่นใจ ความรู้ ทักษะ และร้อยละ 77.8 ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง

**2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต**  
พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 5$ ) ก่อนข้างต่ำ อธิบายได้ว่า ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายตามอาการของโรคที่เป็น และมีอาการโดยรวมคืออาการปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ อาการเหล่านี้ ส่งผลให้มีแรงลุกเดินไปมา แขนขาอ่อนแรง ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานทำให้เกิดแผลกดทับ อาการทางกายเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อไปยังสภาพจิตใจของผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ หงุดหงิด สิ้นหวัง กลัวถูกทอดทิ้ง กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาไม่อยากไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก เป็นภาระแก่ครอบครัวและการรักษาก็ไม่เปลี่ยนแปลง แต่บางรายเชื่อมั่นในกฎแห่งกรรมสามารถทำใจยอมรับสภาพความจริงของชีวิตได้ แต่อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายมิได้ขึ้นอยู่กับ การได้รับการดูแลทางด้านร่างกายหรือจิตใจอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับสถานะทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเองด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยบางรายเชื่อมั่นในพุทธศาสนา<sup>1</sup> จะยอมรับความจริงของชีวิตพร้อมที่จะจากไปเพราะเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและไม่ต้องการเป็นภาระของลูกหลาน นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ถึงแม้การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจจะทำให้ไม่ได้เพิ่มเติมที่ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ บางกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ถ้าสังคมเข้มแข็งและคนในครอบครัวมีความห่วงใย ผูกพันซึ่งกันและกัน ลูก หลานมีความกตัญญู ผูกพันต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ ก็จะช่วยกันแก้ปัญหาความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างดี จากการลงพื้นที่ คณะผู้วิจัยได้ข้อสรุปว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตอยู่ท่ามกลางความเอาใจใส่ของลูกหลานและญาติมิตร มีคุณภาพชีวิตที่พร้อมจะเผชิญความตายอย่างสงบ เป็นการดูแลแบบประคับประคองซึ่งนงลักษณ์ อนันตอาจ<sup>19</sup> กล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งกำลังเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิตอยู่

**3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนกรุงเทพมหานคร** อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะป็นภรรยา บุตรญาติ พี่ น้องเป็นผู้บริหารจัดการ การดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐานได้แก่การให้อาหาร น้ำหรือยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พาไปตรวจตามนัด จัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ ดูแลด้านจิตใจอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลด้วยความเต็มใจจากความรักกตัญญู ซึ่งเป็นจุดเด่นของสังคมไทย ผู้ป่วยพึ่งพาร้องต่อการดูแลที่ได้รับ ประกอบกับมีบุคลากรทีมสุขภาพที่มีน้ำใจ เอื้ออาทร จากศูนย์ฯ มาเยี่ยม ให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ให้มีกำลังใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งและจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ ในขณะที่อัตราค่าจ้างในการปฏิบัติงานของศูนย์ไม่พอเพียงและยังไม่มียกยบาย



แผนงานเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<sup>20</sup> นอกจากนี้ชุมชนยังมีอาสาสมัครใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานในชุมชนของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย ในการช่วยเหลือ ประสานงาน ติดตามดูแลและมีเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนเป็นเพื่อนให้การช่วยเหลือ นอกจากนี้มีวัดบริเวณใกล้เคียงมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาหรือให้คำสอนของศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ

ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายชีวิตของชุมชนในกรุงเทพมหานครควรประกอบด้วย

1. นโยบายของรัฐ ทบทวนนำมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันจัดทำขึ้นมาดำเนินการหรือประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ อาทิ การพัฒนารูปแบบและระบบบริการสาธารณสุขในเขต กทม. การพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในสถานบริการของ กทม. สถานบริการภาครัฐและเอกชน รวมทั้งระบบสุขภาพของชุมชน การพัฒนาระบบยาและระบบสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง<sup>21</sup> รวมทั้งพัฒนาระบบการสื่อสาร การส่งต่อที่รวดเร็ว สามารถติดตามประเมินผลได้

2. ทีมสุขภาพมีความรู้สามารถในการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น มีการเยี่ยม ให้คำปรึกษาเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยญาติ และอาสาสมัคร

3. ญาติ ผู้ดูแลหลักที่มีความโอบอ้อมอารี มีความเข้าใจผู้ป่วย มีความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยได้

4. เครือข่ายในชุมชนอันได้แก่อาสาสมัคร เป็นผู้ที่ถูกคาดหวังว่าจะเป็นพลังที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในขณะนี้ ควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ ความสามารถในการไปช่วยเหลือญาติในการดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายที่ใกล้ชิดอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้นำชุมชน เพื่อนบ้านสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ เป็นกำลังใจ การศึกษาของ ศรัณยู กุมพล9 พบว่าเครือข่ายมีส่วน

ร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการด้านสุขภาพลดลง มีความพึงพอใจทางจิตใจมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ

5. วัดเป็นสถานที่ ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณได้ดีจากการศึกษาของ ศรัณยู กุมพล9 ที่เสนอแนะว่าวัดควรเป็นศูนย์กลาง มีพระสงฆ์เป็นครูผู้สอนและเป็นผู้นำการพัฒนาตามแนววิถีพุทธ โดยนำหลักพุทธธรรมมาเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง<sup>11</sup>

ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนกรุงเทพฯ ที่ควรที่จะพัฒนาได้แก่การดูแลแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยมีญาติ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและตัดสินใจแก้ปัญหาเสริมสร้างกำลังใจ นักกายภาพบำบัดดูแลฟื้นฟูสภาพมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและประสานงานอย่างเป็นทางการ ผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือญาติในการดูแลและประสานงานกับทีมสุขภาพนอกจากนี้ยังมีวัดหรือศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ วัดจึงเป็นแหล่งพัฒนาของจิตวิญญาณที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายและญาติได้พึ่งในยามที่สิ้นหวัง รัฐให้งบประมาณวางระบบการดูแลที่ยั่งยืน

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สะท้อนภาพของสังคมไทยที่คนในครอบครัวมีความเอื้อเฟื้อผูกพันต่อกันบุคลากรทีมสุขภาพมีความเข้มแข็ง อสม.และผู้นำชุมชน มีใจรักชุมชนรักที่จะทำงานและมีความพร้อมที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในชุมชนของตนเอง จากผลการวิจัยมีข้อสรุปว่า

1. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้แก่ต้องการได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด อาการเหนื่อย ไม่อยากถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง ไม่อยากให้เป็นภาระต่อครอบครัว



2. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลได้แก่เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ต้องการทีมสุขภาพมาเยี่ยม ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลืออุปกรณ์เครื่องใช้

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มีปัญหาเศรษฐกิจ แต่มีความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่โดยรวมโดยเฉพาะการดูแลในครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ

4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านเป็นการดูแลระดับประคองตามอาการโดยมีภรรยา บุตร ธิดา พี่-น้อง เป็นผู้ดูแล มีชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประสานงานกับทีมสุขภาพให้มาเยี่ยมและช่วยเหลือ

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ให้บริการและชุมชนดังนี้

#### 1.1 ผู้ให้บริการ

1.1.1 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข ควรพัฒนาความรู้เพื่อติดตามความก้าวหน้าทางการรักษาพยาบาล และเพิ่มทักษะการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการจัดการอาการ (Symptom management) ที่พบบ่อยเช่น อาการปวด เบื่ออาหาร อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

1.1.2 อสม. ผู้นำชุมชนควรได้รับความรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอทุก 2 เดือน เพื่อสร้างความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน

1.1.3 ศูนย์บริการสาธารณสุข ประจำเขต ควรจัดอบรมให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ญาติและผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและได้เรียนรู้ประสบการณ์ด้านต่างๆ ซึ่งกันและกัน ปีละ 1-2 ครั้ง

1.2 พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์บริการสาธารณสุข โดยการพัฒนาการส่งต่อ ฐานข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่าย

1.3 รัฐบาลควร มีนโยบายเพิ่มอัตราค่าจ้างบุคลากรทีมสุขภาพและเพิ่มสวัสดิการ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและคงอยู่ในระบบโดยเฉพาะ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัดและเพิ่มงบประมาณในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ชุดทำแผล เครื่องและสายดูดเสมหะ ถูมือ เป็นต้น

2. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในเขตเมือง โดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีมาตรฐานคุณภาพตามหลักวิชาการ เพื่อให้ อสม. และญาติผู้ดูแลได้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง

3. ควรมีการศึกษารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อความยั่งยืนของระบบบริการ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ไม่สามารถควบคุมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลได้เพราะผู้ป่วยเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิตแตกต่างกัน มีปัจจัยตั้งแต่ ชนิดของโรคที่เป็น การดำเนินของโรค ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาเก็บข้อมูล ผู้ป่วยรายแรกจนถึงรายสุดท้ายเป็นเวลานาน 10 เดือน ไม่สามารถติดตามผู้ดูแลมาทำกลุ่มสนทนาได้ครบทุกคนเพราะบางคนย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้และข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนและผู้ดูแลบางคนอาจลืมข้อมูลบางส่วนไป

2. การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถตอบคำถามแบบประเมินทั้งหมดได้ในการให้สัมภาษณ์ครั้งแรกเนื่องจากผู้ป่วยไม่สบาย เหนื่อย

อ่อนเพลีย ผู้วิจัยต้องสัมผัสภาวะในการเยี่ยมชมครั้งต่อไป ซึ่ง  
ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ได้เปลี่ยนไป

## References

1. Somjin P, Thanomkwan T, Natayana S and Benchapon S. Chronic patient and end-of- life care in the community. Bangkok: Supavanit Publishing; 2012. ( in Thai )
2. Holistic care for cancer patients in communities. Community health center. Mae Sod Hospital. Mae Sod Hospital. [ on line ] ][ Assessed 2011 March, 29 ]. Available : URL: <http://doc-Oo-94doscviewer.googleusercontent.com/viewer/securedownload/dsn1aovipa71846/sfcf94nedj8q2p>
3. Onothai V. Developing a Model for the Home-Based Care of Chronic Disease Patients. Nurs Times. 2011; 37(4): 28- 9. ( in Thai )
4. Yan S, and Kin-Fong C. Quality of life of patients with terminal cancer receiving palliative home care. J Palliat Care. 2006; 22 (4) : 261- 66.
5. Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, Norris K, Asp C. and Byock I. A Measure of the quality of dying and death: initial validations using after-death interviews with family members. J Pain Symptom Manage. 2002; 24(1): 17-31.
6. Sumanee S. Caring for terminal-stage cancer patients in community. Thesis, Huachiew Chalermprakiet University; 2009. (in Thai)
7. Byock I, Norris KI, Crutis, JR. Improving end of life experience and care in the community: a conceptual framework. J Pain Symptom Manage. 2001; 22(3): 759-72.
8. Stewart A, Teno J, Patrick LP. The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. J pain symptom manage. 1999; 17(2): 93 – 107.
9. Sarunya K . The holistic health care in the end - of - life patients by participation according to buddhist ways in I- san culture context : The case study urban area in khonkaen Provice. J Human Sociology. Mahasarakham University. 2012; 31(5); 180-200. ( in Thai )
10. Nunthanuch P.The holistic care in end-of-life persons. Nurs times. 2013;3(46 ):8. (in Thai)
11. Kinzbrunner BM. And Policzer JS. End –of- life-care .A practical guide . 2nd ed. New York : Mc. Grew Hill;2011.
12. Chan H, and Pang S.Applicability of the modified quality-of-life concerns in the End – of - life questionnaire (mQOLC- E ) for frail older people. Asian J Gerontol Geriatr. 2008;3:17-26.
13. Ferrell B R. The impact of pain on quality of life: A decade of research. Nurs Clin North Am, 1995; 30 (4): 609 – 24.
14. Orem DE. Nursing concepts of practice. New York: MC.Grew Hill; 1980.
15. Denzin N. Sociological Method. 5<sup>th</sup> ed. Aldrine Transaction: Sourcebook; 2006.
16. Supranee N. Holistic assessment and communication: physical aspect. cited in. Prasert L, Isarang N, Pornlert C,and Chanchai S, (editor). End of life care : Improving care of the dying.Bangkok: Aksor Sampan Publishing; 2007. (in Thai)
17. Peters I and Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-base palliative care. J Adva Nurs. 2006; 53(5):524 –34.
18. Sumalee N. Understanding the near death conditions. cited in. Prasert L, Isarang N, Pornlert C,and

- Chanchai S, (editor). End of life care :Improving care of the Dying.Bangkok: Aksor Sampan Publishing; 2007. (in Thai)
19. Nonglak A. Experience in applying care models for cancer patients. cited in Sittipan C, Pornlert C and Supranee N( editor ). Enhancing palliative care for terminal patients. Bangkok: Chulalongkorn University Press: 2008.(in Thai)
20. Health center . Community nursing practice standards. Bangkok: Thammasat University Press; 2009. (in Thai)
21. Miliutangkul U. 6 Strategies of the National Health Commission Office for launching the end of life care system. [on line ] [Assessed 2014 January, 22 ] Available from : [http://thaipublica.org/2013/02/hospice\\_jammongsri/](http://thaipublica.org/2013/02/hospice_jammongsri/)