



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

การศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการได้รับการดูแลจริงในวาระสุดท้าย ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลปทุมธานี

A study of the relationship of advance care planning with actual end of life care in patients receiving palliative care, Pathum Thani Hospital

ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์

Thanyapat Soontaramurak

โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Pathum Thani Hospital, Pathum Thani province

Corresponding author: thanyapatsoon@gmail.com

Received: May 22, 2023 Revised: August 7, 2023 Accepted: August 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและผลลัพธ์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการศึกษาเวชระเบียนเกี่ยวกับความต้องการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลปทุมธานีในปี พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และ chi-square ที่ $P\text{-value} < 0.05$ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 226 คน ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10 - 30 เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 90.71 มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 92.47 ประเด็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจริงตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในประเด็นการยกเว้นใส่ท่อช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 98.08 ด้านการยกเว้นการกวดหัวใจเพื่อชีวิตคิดเป็นร้อยละ 99.06 และด้านสถานที่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 87.21 การเพิ่มความรับรู้ในภาคประชาชนควรมีหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือกระทรวงสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก่อให้เกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล และยังช่วยลดการให้การรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์และไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, การดูแลประคับประคอง

Abstract

This study aimed to determine the needs and outcomes of advance care planning of patients receiving palliative care by using a retrospective cohort study method. The data of this study were collected from medical record of advance care planning of terminally ill patients and actual outcomes of patients receiving treatment at the palliative care clinic of Pathum Thani Hospital in a year 2022, totaling 226 people. The statistics were analyzed by mean with standard deviation, percentage and chi-square at P-value < 0.05. The study found that most of patients' Palliative Performance Scales (PPS) were in the range of 10 - 30 and 90.71% of patients were terminal cancer. 92.47% had advance care planning. Regarding advance care planning, it was found that 98.08% of the patients received actual care according to the needs recorded in the exclusion of intubation, 99.06% in exclusion of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and 87.21% for the place of death. Increasing in public awareness should have relevant organizations such as the National Health Commission or the Ministry of Public Health should publicize through various media to increase awareness of planning care in terminal ill patients joint advance care planning between patient family and caring team. It also reduces the provision of treatment that is non-beneficial treatment and inconsistent with the patient's needs.

Keywords: advance care planning, palliative care

บทนำ

เทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนมากขึ้น จึงมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือมีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้นั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ปี 2563 ว่าทั่วโลกมีประชากรที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.8 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ที่ต้องการการดูแลนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽³⁾ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานะสุขภาพของประเทศไทยปี 2564 พบว่าอัตราการตายอันดับ 1 คือ โรคมะเร็ง คิดเป็น 128.5 ต่อแสนประชากรต่อปี⁽⁴⁾ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มดังกล่าวในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁽⁵⁻⁶⁾ ลดการรักษาที่ไม่ก่อเกิด

ประโยชน์ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานและสร้างความล้มเหลวทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว จึงควรมีการสร้างและพัฒนากระบวนการเข้าถึงและการส่งเสริมการทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสร้างความตระหนักในประชาชนทั่วไป สำหรับกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าต้องอาศัยการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้ามาช่วยในการติดต่อประสานงานทั้งกับทีมการรักษาด้วยตนเอง และกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป้าหมายในการช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่เคารพความเป็นปัจเจกชนของบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ระบบบริการสุขภาพต้องบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต จึงต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่การดูแลที่บ้าน การดูแลโดยชุมชน และการดูแลในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเกิดจากไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า

มักมีเหตุผลหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบการพยากรณ์โรคของตนเอง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจ หรือญาติมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้ป่วยที่ป่วยจนมาถึงระยะสุดท้ายจึงมักถูกขู่ชีวิตโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทรมานจากเครื่องมือคีชีฟต่าง ๆ มีผลให้จากไปอย่างไม่สงบ และยังคงค่าใช้จ่ายสูง⁽⁸⁾ ทั้งนี้มีการศึกษาที่ระบุว่าในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต รวมค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้เสียชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8 - 11 ต่อปี ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคิดเป็นร้อยละ 10 - 29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีครัวเรือนที่อาจจัดได้ว่าอยู่ในสภาวะล้มละลาย โดยที่มีค่าใช้จ่ายภายใน 1 ปี ก่อนเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ตลอดทั้งปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนที่มีฐานะยากจน⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ดูแล การทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า จึงเป็นกระบวนการของการปรึกษาหารือระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลที่จะเกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด⁽¹⁰⁾ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสิทธิพิเศษการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้ายหรือการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านพินัยกรรมชีวิตได้⁽¹¹⁾ ในประเทศไทยได้มีการบัญญัติเรื่องนี้ไว้ในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ซึ่งถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติหรือที่เรียกกันว่า “การตายดี” นั่นเอง⁽¹²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพบว่า แม้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่การศึกษาเรื่องนี้ยังมีจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งแต่ละการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน⁽¹³⁾ ซึ่งโรงพยาบาลปทุมธานีมีระบบการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 มีรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายบริการ และมีการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยแพทย์ที่ดูแลในหน่วยประคับประคอง แต่ยังคงขาดการศึกษาผลลัพธ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการได้รับการดูแลจริงในวาระสุดท้าย ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ และสถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาแบบจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่รับการรักษาที่คลินิกประคับประคองโรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย (รหัสโรค C00-C96) กลุ่มโรคระบบประสาท (รหัสโรค F03) โรคไตระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (รหัสโรค N185) ภาวะหัวใจล้มเหลว (รหัสโรค I50) โรคตับแข็ง(รหัสโรค K74) ภาวะตับล้มเหลว (รหัสโรค K72/K70.4/K71.1) ผู้ป่วยเอดส์ (รหัสโรค B24) ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง (รหัสโรค R54) ที่รับการรักษาที่คลินิกประคับประคองโรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย กลุ่มโรกระบบประสาท โรคไตระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย โรคตับแข็ง และภาวะตับล้มเหลว ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการรักษาที่คลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 459 คน จากสูตรการคำนวณระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ อย่างน้อย 210 ราย การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ศึกษา 226 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา

1. ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มโรคที่สามารถจะเข้าสู่การดูแลทางการดูแลประคับประคองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ICD-10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลักดังต่อไปนี้ (principal diagnosis)

1.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย

1.2 กลุ่มโรกระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ICD-10 รหัส F03

1.3 โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต ICD-10 รหัส N185

1.4 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50

1.5 โรคตับแข็ง ICD-10 รหัส K74 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure ICD-10 รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure ICD-10 รหัส K70.4 หรือ hepatic failure with toxic liver disease ICD-10 รหัส K71.7

1.6 ผู้ป่วยเอดส์ ICD-10 รหัส B24

1.7 ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 (ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย)

2. ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลปทุมธานีอย่างน้อย 3 ครั้ง

3. ตรวจสอบพบการเสียชีวิตในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565

เกณฑ์การคัดออก

1. ขาดข้อมูลการเสียชีวิต

2. ขาดการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนหรือแบบบันทึกแบบดูแลผู้ป่วยประคับประคองในประเด็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อชีวิต และสถานที่เสียชีวิต

3. ผู้ที่ปฏิเสธหรือเปลี่ยนใจการใช้ advance care plan ระหว่างดำเนินการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลในรูปแบบตามราชที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ อาศัย สิทธิการรักษา ผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การวินิจฉัยโรค และการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale; PPS) ซึ่งพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ประกอบด้วย หัวข้อ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว

3. ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่คลินิกประคับประคองจนถึงเสียชีวิต

4. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประเด็นการวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจ การวางแผนการกอดนวดหัวใจในวาระสุดท้าย และการวางแผนสถานที่เสียชีวิต

5. การรักษาที่ได้รับจริงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเด็น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อชีวิต และสถานที่เสียชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมาย (IOC) ได้ความสอดคล้องค่า IOC รายข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบ (Try-out) กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาที่คลินิกประคับประคองจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.848

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียนแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยของคลินิกประคับประคองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและเสียชีวิตในช่วงเวลา 1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม 2565 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการรักษาที่ได้รับจริงในวาระสุดท้ายในประเด็นการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อเยื้อชีวิต สถานที่เสียชีวิตด้วย chi-square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เกี่ยวกับมนุษย์จากโรงพยาบาลปทุมธานี หนังสือรับรองเลขที่ EC-PTH A004 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 249 คนเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์แล้ว มีผู้ป่วยที่ผ่านการคัดเลือกทั้งหมด 226 คน เป็นเพศชาย 130 คนคิดเป็นร้อยละ 57.52 อายุเฉลี่ย 64 ± 12.30 ปี ความสามารถในการดูแลตัวเอง (PPS) ส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้ายช่วง 10 - 30 เป็นจำนวน 117 คนคิดเป็นร้อยละ 51.77 ช่วง 40 - 70 จำนวน 96 คนคิดเป็นร้อยละ 42.40 ในช่วงมากกว่า 70 จำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 5.75 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 202 คิดเป็นร้อยละ 89.40 สถานภาพสมรสแต่งงานจำนวน 144 คนคิดเป็นร้อยละ 63.70 หย่า/หม้ายจำนวน 63 คนคิดเป็นร้อยละ 27.90 โสดจำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 8.40 มีผู้ดูแลจำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 98.23 มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองปทุมธานีจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 35.40 ระยะเวลาดูแลกับทีมประคับประคองเฉลี่ย 66 วัน

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าถึงบริการประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 205 คนคิดเป็นร้อยละ 90.71 เมื่อจำแนกตามประเภทของโรคมะเร็ง พบว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูงสุดจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 14.20 รองมาเป็นโรคมะเร็งลำไส้จำนวน 26 คนคิดเป็นร้อยละ 11.50 และโรคมะเร็งตับจำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 10.60 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=226)

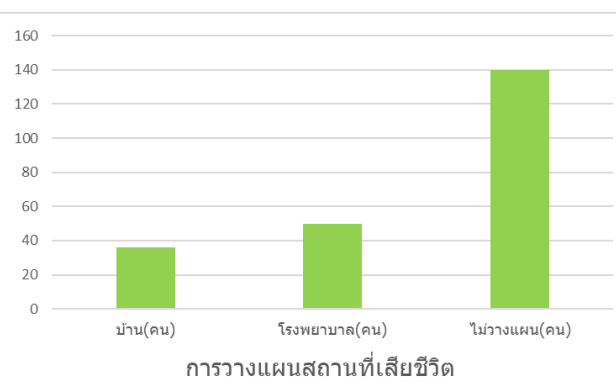
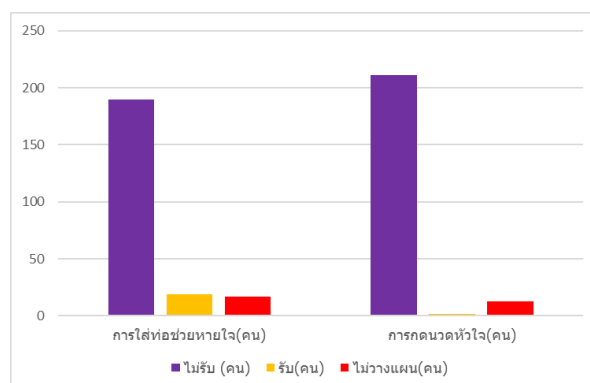
		วางแผนการดูแล	ไม่วางแผนการดูแล	รวม คน (ร้อยละ)
		ล่วงหน้า คน (ร้อยละ)	ล่วงหน้า คน (ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	122 (53.98)	8 (3.54)	130 (57.52)
	หญิง	87 (38.50)	9 (3.98)	96 (42.48)
อายุ (ปี)	Mean \pm SD	65 ± 12.28	59 ± 11.83	64 ± 12.30
โรคหลัก	มะเร็ง	188 (83.19)	17 (7.52)	205 (90.71)
	ไม่ใช่มะเร็ง	20 (8.85)	1 (0.44)	21 (9.29)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=226) (ต่อ)

		วางแผนการดูแล	ไม่วางแผนการดูแล	รวม คน (ร้อยละ)
		ล่วงหน้า คน (ร้อยละ)	ล่วงหน้า คน (ร้อยละ)	
มีผู้ดูแล	มีผู้ดูแล	205 (90.71)	17 (7.52)	222 (98.23)
	ไม่มีผู้ดูแล	3 (1.33)	1 (0.44)	4 (1.77)
ความสามารถในการดูแลตัวเอง(PPS)	10 - 30	111 (49.12)	6 (2.65)	117 (51.77)
	40 - 70	86 (38.05)	10 (4.42)	96 (42.40)
ที่อยู่	มากกว่า 70	11 (4.87)	2 (0.88)	13 (5.75)
	อยู่อำเภอเมือง	73 (32.30)	7 (3.10)	80 (35.40)
สถานภาพสมรส	อยู่นอกอำเภอเมือง	135 (59.73)	11 (4.87)	146 (64.60)
	คู่	133 (58.85)	11 (4.87)	144 (63.72)
	หม้าย	61 (26.99)	2 (0.88)	63 (27.88)
	โสด	14 (6.19)	5 (2.21)	19 (8.41)

ผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างน้อยหนึ่งประเด็นจำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 92.47 ผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 190 คนคิดเป็นร้อยละ 84.07 วางแผนใส่ท่อช่วยหายใจ 19 คนคิดเป็นร้อยละ 8.41 และไม่วางแผนเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 7.52 ประเด็นวางแผนไม่กหนดหวัดหัวใจเพื่อใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต 211 คนคิดเป็นร้อยละ 93.36 วางแผนกหนดหวัดหัวใจเพื่อใช้ชีวิตจำนวน 2 คน

คิดเป็นร้อยละ 0.88 และไม่วางแผนเรื่องกหนดหวัดหัวใจเพื่อใช้ชีวิตจำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 5.75 ในส่วนของประเด็นการวางแผนเลือกสถานที่เสียชีวิตพบว่าการวางแผนเลือกสถานที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 22.12 วางแผนเลือกสถานที่เสียชีวิตที่บ้านจำนวน 36 คนคิดเป็นร้อยละ 15.92 และไม่วางแผนเลือกสถานที่เสียชีวิตจำนวน 140 คนคิดเป็นร้อยละ 61.95 แสดงดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การวางแผนล่วงหน้าในประเด็นการใส่ท่อช่วยหายใจ การกหนดหวัดหัวใจ และการวางแผนสถานที่เสียชีวิต

ผลลัพธ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เมื่อพิจารณาการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระท้ายเทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้ พบว่าในกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้า

และผู้ป่วยได้รับจริงตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในประเด็นการใส่ท่อช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 98.08 ด้านการกหนดหวัดหัวใจเพื่อใช้ชีวิตคิดเป็นร้อยละ 99.06 และด้านสถานที่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 87.21 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ความสำเร็จของการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นการดูแล	ตรงตามการวางแผนล่วงหน้า		ไม่ตรงตามการวางแผนล่วงหน้า		รวม (คน)
	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)		
การใส่ท่อช่วยหายใจ	205 (98.08)		4 (1.91)		209
การกอดนวดหัวใจ	211 (99.06)		2 (0.94)		213
สถานที่เสียชีวิต	75 (87.21)		11 (12.79)		86

ความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและการได้รับการดูแลจริงในวาระสุดท้ายของชีวิต ในประเด็นการใส่ท่อช่วยหายใจพบว่า การวางแผนไม่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ การวางแผนการไม่รับการกอดนวดหัวใจเพื่อเยื่อชีวิตสัมพันธ์กับการไม่ได้รับ

การกอดนวดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = 0.02$ และการวางแผนสถานที่เสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่วางแผนเสียชีวิตที่บ้านมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่บ้านด้านสถานที่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและการได้รับการดูแลจริงในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเด็นการดูแล		การดูแลที่ได้รับจริง		รวม (คน)	P-value
		สอดคล้องกับแผน	ไม่สอดคล้องกับแผน		
		(คน)	(คน)		
การวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจ	ไม่ใส่	187	3	190	$<0.01^*$
	ใส่	4	15	19	
การวางแผนการนวดหัวใจ	ไม่รับ	210	1	211	0.02*
	รับ	1	1	2	
การวางแผนเลือกสถานที่เสียชีวิต	บ้าน	30	6	36	$<0.01^*$
	โรงพยาบาล	5	45	50	

อภิปราย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิก ประคับประคองส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งจะเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง⁽¹⁴⁾ โดยโรคมะเร็งที่พบสูงสุดได้แก่โรคมะเร็งเต้านม รองมาเป็นโรคมะเร็งลำไส้ และโรคมะเร็งตับซึ่งสอดคล้องกับรายงานโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽¹⁵⁾ ซึ่งมีการศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบว่าปัญหาที่พบบ่อย คือ ความปวด⁽¹⁶⁾ เมื่อผู้ป่วยมีอาการ

ปวดรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวด opioids ในการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจัดบริการองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล⁽¹⁷⁾

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลปทุมธานีเน้นการดูแลที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยส่งเสริมสร้างพัฒนาความรู้

ทางสุขภาพให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใกล้ชิดกันโดยไม่ต้องประสบปัญหาการจำกัดการเข้าไข้หรือเยี่ยมไข้ ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ท่ามกลางความรักความอบอุ่นของคนภายในครอบครัว แต่จากผลการศึกษาในผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าเรื่องเลือกสถานที่เสียชีวิตเพียงร้อยละ 38.05 และในกลุ่มที่วางแผนเรื่องสถานที่เสียชีวิต พบว่าวางแผนเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านน้อยกว่าเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวทางผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์ขั้นต้นก่อนการทำงานถึงเรื่องปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงขบวนการทำงานโดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เตรียมบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเตรียมองค์กรและระบบเพื่อสนับสนุนให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประเด็นดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น⁽¹³⁾ สำหรับในกลุ่มที่วางแผนในประเด็นเลือกสถานที่เสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ร้อยละ 87.21 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของประเทศอังกฤษ ที่พบว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามสถานที่ที่ตนเองต้องการตามที่ได้ระบุไว้ในแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 75⁽¹⁸⁾

จากการศึกษานี้กลุ่มผู้ป่วยวางแผนเสียชีวิตที่บ้านเป็นร้อยละ 41.86 แต่เมื่อเทียบกับการศึกษาผลของการวางแผนล่วงหน้าโรงพยาบาลแม่สอดพบว่าผู้ป่วยวางแผนต้องการเสียชีวิตที่บ้านถึงร้อยละ 87.40⁽¹⁹⁾ ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี อาจมีปัจจัยมาจากบริบทของพื้นที่อำเภอเมืองปทุมธานีเป็นเขตอุตสาหกรรม มีประชากรย้ายถิ่นมาอยู่มากประกอบกับเป็นพื้นที่เขตเมืองซึ่งส่งผลถึงวิถีการดำเนินชีวิตและลักษณะที่อยู่อาศัย เช่น อาศัยในบ้านเช่าเจ้าของบ้านไม่อนุญาตให้มีคนเสียชีวิตในบ้านเช่า ผู้ดูแลต้องทำงานเป็นกะไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยวางแผนเสียชีวิตที่บ้านน้อย

มีการศึกษาในเรื่องของอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านในการวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบประเด็นที่เป็นอุปสรรคมากที่สุด คือ พยากรณ์ของโรคที่ไม่แน่ชัด รองลงมาคือ ครอบครัวของผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ และในส่วนอุปสรรคเรื่องแพทย์เจ้าของไข้เกิดจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์เจ้าของไข้ และระบบการส่งปรึกษาทีมประคับประคอง ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่อง

อุปสรรคในด้านแพทย์เจ้าของไข้ พบข้อมูลว่าแพทย์ประจำบ้านเสนอว่า “ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของแพทย์ทุกคนให้เข้าใจตรงกันมากขึ้น”⁽²⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเนื่องจากการศึกษาแบบ retrospective cohort study ได้ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความหลากหลายของข้อมูล ในการศึกษาในอนาคตผู้วิจัยมีแผนจะการศึกษาแบบ Prospective Cohort Study ในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนในการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการเพื่อให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตัวเองอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (10 - 30) เป็นสถานะสุขภาพมีการเคลื่อนไหวนั่งนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ในด้านการทำกิจกรรมไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด การรับประทานอาหารลดลงจนถึงรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ความรู้สึกตัวง่วงซึมจนถึงไม่รู้สึกตัวสอดคล้องกับงานวิจัยที่การศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในอำเภอบ้านพร้าว มี PPS ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-30⁽²¹⁾ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงที่ได้ผลจากการศึกษานี้ แสดงถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงใกล้เสียชีวิตซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากการมีระยะเวลาในการสื่อสารผู้ป่วยและครอบครัวสั้นและมีการศึกษาผลการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลแม่สอดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ประคับประคองมีการทำแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าการรักษาที่แพทย์เจ้าของไข้⁽¹⁹⁾ รวมทั้งมีการศึกษาเรื่องผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเลือกที่จะตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิตในช่วงสุดท้ายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพูดคุยเรื่องวางแผนการดูแลล่วงหน้า⁽²²⁾ ดังนั้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและการ

วางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงขึ้นควรจัดระบบให้มีบริการปรึกษาเพื่อให้มีการดูแลระดับประคองมากขึ้น

กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เขยอนโรงพยาบาลปทุมธานีพยาบาลจะไต่ถามแสดงเจตนาarmacyในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในเวชระเบียนในของผู้ป่วยทุกคนเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลพูดคุยเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้าจึงส่งผลให้ผลการทำแผนการดูแลล่วงหน้ารวมสูงถึงร้อยละ 92.47 กรณีที่ไม่ได้มีการทำแผนการดูแลล่วงหน้าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติยังคงลังแผนการดูแลกันไม่ได้

จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกประคับประคองส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่นอกอำเภอเมืองปทุมธานี เนื่องจากโรงพยาบาลปทุมธานีมีสถานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีหน้าที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการเครือข่าย ซึ่งระยะห่างจากโรงพยาบาลส่งผลถึงการเยี่ยมชมบ้านของทีมผู้ดูแล จึงต้องมีการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครอบคลุมทุกอำเภอในระดับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกประคับประคอง และงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลปทุมธานี

เอกสารอ้างอิง

1. Booncharoen T. New trends in health technology. *Journal of Science and Technology* 2013; 6(2): 25-32.
2. Harutha C, Leelawong S, Atthachaiwat A, Suwonkesawong S. Palliative nursing service system. *Nonthaburi. Suetawan*; 2016. (in Thai)
3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2023 July 4]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/> (Footnotes)12. (in Thai)
4. Public Health Statistics A.D. 2021. [cited 2023 July 8]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9127>. (in Thai)

5. Ministry of Public Health, Department of Medical Services. Guidelines for caring terminal ill patient. Bangkok. Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
6. Tipkanjanaraykha K, Saleekul S, Apisitwasana N, Thiammok M. Advanced Care Planning for Peaceful Death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing* 2017; 33(3): 138-45. (in Thai)
7. Pokpalagon P. Palliative Care model in Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017; 26(3): 40-51. (in Thai)
8. Rajavithi Hospital. Guideline for palliative and end of life care. Bangkok. Rajavithi Hospital; 2021. (in Thai)
9. Acheepan C, Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Wasvit J, Hintamai A, Tiampaiwan A. Survey of Healthcare Access and Health Expenditure of the Deceased Patients 2005-2006. *International Health Policy Program*; 2007. (in Thai)
10. National Board of Health. Palliative care for terminally ill patients. Nonthaburi. Pimdee publishing; 2013. (in Thai)
11. Dhirarotwit S. The exercise of the refuse treatment right of the terminally-ill patient under the national health laws: A comparative study of Thailand and Taiwan. *Ramkhamhaeng Law Journal* 2022; 11(1): 3-29. (in Thai)
12. Chiang Mai University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine. Guidelines for making a letter of intent not to receive public health services solely to prolong death at the end of life or to end suffering from illness (Living will). (2nd ed.) Chiang Mai: Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2019. (in Thai)
13. Rotpenpian P. Advance Care Planning in the Palliative Patients. *Srinagarind Medical Journal* 2021; 36(6): 755-60. (in Thai)

14. Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. Comparison of terminally ill cancer-vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany-A single service analysis. *BMC Palliative Care* 2015; 14(1):1-7.
15. National Cancer Institute. National Cancer Control Program. Bangkok. The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shu patham; 2018. (in Thai)
16. Satsin T, Matchim Y. End-of-life care: The context of the emergency room. *Vajira Nursing Journal* 2017; 19(1): 1-9. (in Thai)
17. National Cancer Institute, Department of Medical Services. National Cancer Prevention and Control Plan. Bangkok. The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shu patham; 2019. (in Thai)
18. National End of Life care Program. Capacity, care planning and advance care planning in life limiting illness. Leicester: United Kingdom; 2011.
19. Sritharathikun P, Nethipoomkun S. Impact of advance care planning on the end-of-life care in Maesot Palliative Care Clinic, Tak Province, Thailand. *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2021; 4(1): 97-111. (in Thai)
20. Rotpenpian P, Bunnug P, Tengrunsun S. Knowledge, experiences and barriers in advance care plan for terminal cancer patients of family medicine residents. *Srinagarind Medical Journal* 2021; 36(4): 460-8. (in Thai)
21. Boonyoung S, Wisai K. Palliative Outcome Score, Stress and Depression of the Caregiver safety Implemented Home-Based Palliative Care Guideline among Terminally Ill Patients of Primary Care Network, Phrao District, Chiang Mai Province. *Lanna Public Health Journal* 2020; 16(2): 104-17. (in Thai)
22. Boonmorakot p, Chunuan S. Palliative care to cancer patients: The effects of a systematic advance care planning on the refusal of end of life-sustaining. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2022; 9(1): 270-82. (in Thai)