# เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ: อุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูง ต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน

## Experiential Insights: Barriers to Advance Care Planning for Quality of Life in Long-Term Care in Private Hospitals

**จินตนา อาจสันเที๊ยะ[1] กุลพิชฌาย์ เวชรัชต์พิมล*[1] วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา[1] นฤมล บุญบางยาง[2] รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธิชัยวาณิช[2]**

**Jintana Artsanthia[1] Kulpicha Vejrachpimol*[1] Wassana Rungrojwattana[1]**

**Naruemol Boonbangyang[2] Ratchanichaporn Laungthichaivanich[2]**

**[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120**

**[1]Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120**

**[2]พยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพ ประเทศไทย 10120**

**[2]Palliative care nurse at SaintLouis Hospital,Sathorn,Bangkon, Thailand 10120**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาว โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 26 คน ทำกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง เครื่องมือเก็บรวบรวมเป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและจัดทำกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการทำAdvance Care Planning (ACP) ได้แก่การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึก การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การขาดเวลาและภาระงาน ความไม่สอดคล้องในทีมสุขภาพ วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย แนวปฏิบัติและนโยบาย การขาดการสนับสนุนและทรัพยากร ส่วนแนวทางการแก้ไขในประเด็นปัญหาและอุปสรรคประกอบด้วยการให้การศึกษา การฝึกอบรมการสื่อสาร จัดอบรมให้บุคลากรทางการแพทย์มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างระบบจัดเก็บข้อมูลที่เข้าถึงง่ายโดยใช้เทคโนโลยีในทั้งสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาโดยจัดให้มีที่ปรึกษาในการกรอกและจัดเก็บข้อมูล การสร้างนโยบายสนับสนุนการทำ ACP ในทุกระดับ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการทำ ACP ดังนั้นการทำ ACP สามารถช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้อย่างแท้จริงและเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ:** ปัญหาอุปสรรค การดูแลขั้นสูง คุณภาพชีวิต การดูแลระยะยาว

**Abstract**

This research was a qualitative study aimed at exploring the barriers to advance care planning (ACP) concerning quality of life in long-term care. The purposive sample consisted of 26 participants, including palliative care nurses, patients, and family members. Data were collected through two focus group sessions and in-depth interviews, and analyzed using content analysis.

*ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) e-mail: kulpicha@slc.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ต.ค. 2568

The findings revealed that the barriers to ACP included: lack of knowledge and in-depth understanding, unclear communication, time constraints and workload, inconsistency within the healthcare team, patients' and families' cultural beliefs, changes in patients' health conditions, existing practices and policies, as well as lack of support and resources. Proposed solutions to address these barriers include: providing education, offering communication training, equipping healthcare professionals with effective communication skills to engage patients and families, establishing accessible data management systems using technology for both patients and healthcare providers, offering consultation services with designated advisors to support documentation and record-keeping, developing supportive ACP policies at all levels, and building collaborative networks between hospitals and relevant agencies to strengthen ACP implementation.

In conclusion, ACP can empower individuals to make genuine decisions regarding their own treatment and enhance the quality of long-term care.

**Keywords:** Obstacles, Advanced care, Quality of life, Long-term care

## บทนำ

ในสังคมที่มีการเจริญเติบโตของจำนวนประชากรสูงวัยมากขึ้น การดูแลระยะยาวเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การวางแผนการดูแลขั้นสูง (Advanced Care Planning: ACP) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมแพทย์สามารถร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษาและการดูแลในอนาคตได้อย่างชัดเจน โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกวิธีการรักษา การวางแผนการดูแลเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และการกำหนดผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้[1] มีความจำเป็นเพื่อการลดความไม่แน่นอนและความกังวลใจ การวางแผนการดูแลขั้นสูงช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมั่นใจว่าการรักษาและการดูแลจะเป็นไปตามความต้องการและความประสงค์ของผู้ป่วย[2] การดูแลได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล[3,4] การดูแลระยะยาวถือเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง การวางแผนการดูแลขั้นสูง (ACP) ช่วยเสนอวิธีแก้ปัญหาโดยช่วยให้บุคคลต่างๆ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพล่วงหน้าได้ การสนทนาที่มีความหมายกับคนที่รักถือเป็นหัวใจสำคัญของ ACP ซึ่งช่วยชี้แจงและสื่อสารถึงค่านิยมและความชอบส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลในอนาคต การจัดทำความต้องการของตนเป็นทางการผ่านเอกสารทางกฎหมายที่เรียกว่าคำสั่งล่วงหน้า[5] เป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์และจะมีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนได้[5] หรือที่คุ้นกันว่าพินัยกรรมชีวิตเป็นเอกสารทางกฎหมายที่ระบุถึงวิธีที่บุคคลต้องการรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์หากไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ระบุการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ ที่ควรหลีกเลี่ยง แม้ว่าการวางแผนการดูแลขั้นสูง (ACP) จะได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะยาว แต่ยังมีความเข้าใจจำกัดว่าปัจจัยอุปสรรคต่างๆ หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการบูรณาการ ACP เข้ากับการดูแลระยะยาวในบริบทที่แตกต่างกันยังมีไม่เพียงพอสำหรับการนำหลักฐานไปใช้สู่ประเด็นการปฏิบัติ งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นศึกษาเรื่อง ACP ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐหรือสถานบริการสุขภาพชุมชน[5] ซึ่งมีระบบสนับสนุนจากนโยบายสาธารณสุขแต่ยังมีประเด็นต่อไปนี้: 1) ขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและประสบการณ์ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน ที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านนโยบาย อำนาจการตัดสินใจ และระบบบริการที่มุ่งผลทางธุรกิจกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย 2) ยังไม่มีการสะท้อนเสียงจากแนวปฏิบัติจริง (Practice Reflection) ที่รวบรวมมุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และผู้จัดการกรณี เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดเชิงนโยบายกับการนำไปใช้จริงในภาคเอกชน 3) ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบของอุปสรรคในการดำเนิน ACP ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่ม

ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีบริบทของครอบครัวและทรัพยากรที่แตกต่างจากภาครัฐ และ 4) ยังไม่มีกรอบแนวทางหรือแบบจำลองการจัดการ ACP ที่เหมาะสมกับระบบบริหารของโรงพยาบาลเอกชนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ (Best Practice Model) หรือแนวนโยบายภายในองค์กรได้จริง นักวิจัยจึงมุ่งศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในสถานดูแลระยะยาว และผลกระทบต่อการใช้บริการดูแลสุขภาพ ในโรงพยาบาลเอกชน แม้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้ายและผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว แต่การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนยังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านทัศนคติของบุคลากร ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงปัจจัยด้านนโยบายและโครงสร้างองค์กรที่แตกต่างจากโรงพยาบาลภาครัฐ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว โดยมุ่งสำรวจ “เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ” เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคเชิงระบบ บุคคล และวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลต่อการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึกสำหรับการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปรากฏการณ์เชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรค ปัจจัย และแนวทางเชิงปฏิบัติในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน

## คำถามการวิจัย

ปัญหาอุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการบรรเทาความทุกข์จากโรคทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[7] โดยมีแนวคิดสำคัญคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสารต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อสะท้อนความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วยต่อการดูแลในระยะท้ายของชีวิต กรอบแนวคิดนี้อ้างอิงจาก Advance Care Planning Engagement Model (Sudore & Fried)[6,7] ซึ่งอธิบายว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกิดจากปัจจัยด้าน ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ โดยมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงสู่ผลลัพธ์คือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Quality of Life)

**ปัจจัยนำเข้า (Input)**
- ระบบบริการ รพ.เอกชน
- นโยบาย/การสนับสนุน
- ความรู้ ทัศนคติ บุคลากร

**กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP Process)**
- การสื่อสารต่อเนื่อง
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
- การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

**ผลลัพธ์ (Outcome)**
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาว
- ความพึงพอใจของครอบครัวและบุคลากร
- การพัฒนาแนวปฏิบัติและระบบบริการที่ยั่งยืน

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรได้แก่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยและครอยครัวที่ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวม 26 รายเพื่อทำกลุ่ม ตามแนวคิดของ Krueger และ Casey[8] การสนทนากลุ่มควรมีผู้เข้าร่วมระหว่าง 6–10 คนต่อกลุ่มเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยน และการสะท้อนประสบการณ์อย่างมีคุณภาพ ไม่มากเกินไปจนควบคุมไม่ได้ และไม่ต่ำเกินไป

จนขาดความหลากหลายของความคิดเห็น ในวิจัยนี้มีการทำกลุ่มจำนวน 2 ครั้งๆ ละ 13 ราย ทำกลุ่มเฉพาะบุคลากรและกลุ่มผสม เกณฑ์การคัดเลือก: พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยดูแลแบบประคับประคอง เกณฑ์การคัดออก: พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมและประเมินติดตามอาการผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สะดวกในการให้ติดตามการดูแล

**เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลเอกชน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of Life) ที่ได้รับการดูแลระยะยาว เครื่องมือวิจัยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่า Content Validity Index .86 และแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและประเด็นคำถามในการจัดทำกลุ่ม และ การทำกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาว

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (เลขที่ E.002/2567 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2567) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการให้ความยินยอม การเผยแพร่ข้อมูล และมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือความไม่สบายของผู้เข้าร่วม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่มีเงื่อนไข และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยผู้วิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. หลังได้รับอนุมัติการเก็บข้อมูลจากจริยธรรมการวิจัย ติดต่อประสานงานนัดพบกลุ่มตัวอย่าง

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และนัดจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussions) จำนวน 2 ครั้งจำนวน 26 คน การสัมภาษณ์จะดำเนินการในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีอิสระในการเล่าเรื่องและแสดงความคิดเห็นเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ หัวข้อการสนทนาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ไข เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าใจปัญหาอุปสรรค และโอกาสในการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลเอกชน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามวิธีของโคไลซี่[9] โดยผ่านกระบวนการอ่านทำความเข้าใจ สกัดประโยคสำคัญ วิเคราะห์ความหมาย จัดหมวดหมู่ เปรียบเทียบข้อมูล และพัฒนาเป็นคำอธิบายเชิงทฤษฎี พร้อมตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมข้อมูลจนสมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์ใช้ในการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลเอกชน การตรวจสอบความน่าเชื่อถือใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากภาคสนามและการสัมภาษณ์ และด้านวิธีการ โดยสัมภาษณ์ซ้ำในสถานที่และเวลาต่างกันกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจัดทำกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง จนได้ข้อมูลอิ่มตัว

**ผลการวิจัย**

**1. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP)**

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นสำคัญ 8 ด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ ACP ในโรงพยาบาลเอกชน ดังนี้

**1.1 การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึกของ ACP**

บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ACP ไม่ลึกซึ้งพอ และมีความสับสนระหว่างแนวคิด ACP กับการไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (No CPR) ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในทางปฏิบัติ ทั้งในหมู่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย “บางคนยังคิดว่า ACP คือการไม่ทำ CPR ทั้งที่จริงๆ มันคือการวางแผนร่วมกันว่าจะดูแลกันอย่างไรในระยะท้าย” (พยาบาล ก) “ในแผนกเรามีพยาบาลหลายคนที่ยังไม่เคยเข้าอบรม ACP เลย ทำให้เข้าใจไม่ตรงกันเวลาปฏิบัติ” (พยาบาล ข) นอกจากนี้ ยังพบว่าการขาดโอกาสในการฝึกอบรมเฉพาะทาง และจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การขยายผลการดำเนินการ ACP เป็นไปได้จำกัด

**1.2 การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน**

การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวยังเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและญาติไม่กล้าซักถามในระหว่างการพูดคุยกับแพทย์ “ป้าแกบอกว่าคิดตามไม่ทัน พอหมอไปแล้วจึงคิดออก ต้องมาถามเราอีกที” (พยาบาล ค) นอกจากนี้ บุคลากรบางคนรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่สะดวกใจในการพูดคุยเรื่องความตาย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องใช้ทักษะการสื่อสารเชิงจิตวิญญาณ (spiritual and emotional communication) อย่างมาก “บางครั้งหมอเน้นแค่เรื่องทางกาย แต่เรื่องจิตใจหรือการเตรียมใจคนไข้ยังพูดกันน้อยมาก” (พยาบาล ง)

**1.3 การขาดเวลาและภาระงาน**

บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบภาระงานจำนวนมาก ทำให้มีเวลาจำกัดในการดำเนินการ ACP อย่างต่อเนื่อง “PCW ต้องทำทุกอย่างเหมือน RN ทั่วไป เวลาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเลยน้อยลงมาก” (พยาบาล จ)

ส่งผลให้การพูดคุย วางแผน และติดตามผล ACP เป็นไปอย่างเร่งรีบ และไม่สามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทันท่วงที

**1.4 ความไม่สอดคล้องในทีมสุขภาพ**

พบความไม่เป็นเอกภาพระหว่างแพทย์เจ้าของไข้กับแพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Physician) รวมถึงความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างทีม “หมอบางคนยังไม่เห็นความสำคัญของการส่งปรึกษาแพทย์ประคับประคอง เหมือนยังเน้นรักษาทางกายมากกว่าเรื่องจิตใจ” (พยาบาล ฉ) ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น และไม่สามารถสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้

**1.5 วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว**

ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการยอมรับ ACP อย่างมาก โดยเฉพาะในประเด็นเรื่อง “การเตรียมตัวตาย” ที่บางครอบครัวยังมองว่าเป็นเรื่องไม่ควรพูดถึง “ญาติหลายคนยังกลัวว่าถ้าคุยเรื่องตายจะเป็นลาง ไม่กล้าคุยกับหมอหรือพยาบาลเลย” (พยาบาล ช) ทำให้กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักเริ่มได้ช้า หรือไม่สามารถดำเนินไปจนเสร็จสมบูรณ์

**1.6 การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ ACP ที่เคยจัดทำไว้ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน“บางเคสอาการแย่ลงเร็วมาก ยังไม่ทันวางแผนก็จากไปแล้ว” (อาจารย์พยาบาลที่ติดตามเคส) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา “บางคนอยากสู้ต่อ แต่ผู้ป่วยกลับอยากหลุดพ้นจากความเจ็บปวด” (พยาบาล ซ)

**1.7 แนวปฏิบัติและนโยบายขององค์กร**

แม้โรงพยาบาลจะมีแนวทาง ACP อยู่บ้าง แต่ยังจำกัดอยู่ในบางหน่วย เช่น แผนก Hospice care เท่านั้น “แผนกอื่นๆ ยังไม่มีระบบ ACP ที่ชัดเจน เพราะบุคลากรยังไม่เพียงพอ” (พยาบาล ฌ) การขาดนโยบายสนับสนุนที่ครอบคลุมและการบูรณาการ ACP เข้ากับระบบการดูแลโดยรวม ทำให้การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ

**1.8 การขาดการสนับสนุนและทรัพยากร**

โรงพยาบาลยังขาดทรัพยากรด้านบุคลากรเฉพาะทางและการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างเพียงพอ “ทีมดูแลเปลี่ยนเวรแล้วข้อมูลขาดช่วง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง” (พยาบาล ญ) ส่งผลให้การดำเนินงาน ACP ยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ระบบดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless care) ได้อย่างเต็มที่

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า อุปสรรคของการดำเนินการ ACP ในโรงพยาบาลเอกชนมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายมิติ ทั้งในระดับบุคคล ทีมสุขภาพ และนโยบายองค์กร การเสริมสร้างองค์ความรู้ ทักษะการสื่อสาร การกำหนดนโยบายสนับสนุน และการสร้างระบบดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการจึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

**2. แนวทางการแก้ไขในประเด็นปัญหาและอุปสรรค Advance care planning**

**ผลการวิจัย: อุปสรรคและแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ในโรงพยาบาลเอกชน**

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 26 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และผู้บริหาร พบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนา ACP โดยจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นหลัก (themes) ดังนี้

**Theme 1: การขาดความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับ ACP**

**รหัสหลัก (Code):** ความรู้ไม่เพียงพอ, ไม่เข้าใจแนวคิด ACP, มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว ผู้ให้ข้อมูลหลายคนกล่าวว่า ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจความหมายหรือความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง “เวลาพูดถึง ACP ผู้ป่วยบางคนคิดว่าเป็นการยอมแพ้หรือเตรียมตาย ทั้งที่จริงคือการวางแผนดูแลตามที่เขาต้องการ แต่เขาไม่เข้าใจค่ะ” (พยาบาล A) “ครอบครัวบางรายไม่เคยได้ยินคำนี้เลย ต้องเริ่มจากศูนย์ทุกครั้ง” (แพทย์ B)

**แนวทางแก้ไขที่เสนอ:**

- จัดอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับ ACP แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์
- สร้างสื่อให้เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอ ตัวอย่างกรณีศึกษา เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้

**Theme 2: การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ**

**รหัสหลัก (Code):** การสื่อสารไม่ต่อเนื่อง, ขาดทักษะในการสนทนาเรื่องยาก, ความเกรงใจของบุคลากร การสื่อสารถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำ ACP แต่ในทางปฏิบัติพบว่าบุคลากรยังรู้สึกไม่มั่นใจที่จะพูดเรื่องการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความคาดหวังต่างกัน “บางครั้งเรากลัวพูดแล้วผู้ป่วยเสียกำลังใจ เลยเลี่ยงไม่พูดเรื่องการวางแผนไว้ล่วงหน้า” (พยาบาล C) “ครอบครัวบางรายยังไม่พร้อมรับฟัง ทำให้สื่อสารได้ไม่ครบตามที่ควร” (พยาบาล D) แนวทางแก้ไขที่เสนอ:

- จัดอบรมทักษะการสื่อสารเชิงลึก (communication skill training) ให้บุคลากร
- จัดให้มีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกระบวนการสื่อสารเพื่อช่วยลดความตึงเครียด

**Theme 3: การเข้าถึงข้อมูลและระบบจัดเก็บ ACP**

**รหัสหลัก (Code):** ขาดระบบบันทึกกลาง, เข้าถึงยาก, ไม่มีรูปแบบมาตรฐาน พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับ ACP ของผู้ป่วยมักกระจัดกระจายและไม่อยู่ในระบบกลาง ทำให้บุคลากรในทีมไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทันเวลา “เราบันทึกไว้ในเวชระเบียน แต่บางครั้งทีมอื่นไม่เห็นข้อมูล ทำให้ตัดสินใจไม่ตรงกัน” (แพทย์B) “ถ้ามีระบบกลางที่ทุกคนดูได้ จะช่วยให้การดูแลต่อเนื่องขึ้นมาก” (พยาบาลC)

**แนวทางแก้ไขที่เสนอ:**

- พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล ACP ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic ACP record) ที่เชื่อมต่อได้ทุกหน่วย
- มีผู้ประสานงานหรือที่ปรึกษาช่วยให้คำแนะนำในการกรอกและอัปเดตข้อมูล

**Theme 4: การสนับสนุนจากระบบสุขภาพและองค์กร**

**รหัสหลัก (Code):** ขาดนโยบาย, ไม่มีเวลาในตารางงาน, ไม่มีแรงจูงใจในการทำ ACP

บุคลากรส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าการดำเนินการ ACP ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงระบบจากองค์กร ทั้งในด้านเวลาบุคลากร และนโยบาย “ไม่มีเวลาชัดเจนสำหรับทำ ACP เพราะภาระงานเยอะ ต้องทำหลังเลิกงาน” (พยาบาลD) “องค์กรยังไม่เห็นว่า ACP เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ จึงยังไม่ถูกผลักดันจริงจัง” (พยาบาลG)

**แนวทางแก้ไขที่เสนอ:**

- จัดทำนโยบายและแผนการดำเนินงาน ACP อย่างเป็นระบบ
- สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก
- ส่งเสริมให้มีการบันทึก ACP ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนยังมีอุปสรรคหลายระดับ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร ระบบข้อมูล และการสนับสนุนเชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางเชิงสร้างสรรค์ เช่น การอบรมทักษะสื่อสาร การสร้างระบบบันทึกข้อมูลกลาง และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (guideline) สำหรับ ACP เพื่อให้กระบวนการนี้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินการ Advance Care Planning (ACP) ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้าย สรุปและอภิปรายได้ดังนี้:

1. การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึกของ ACP นั้นคือการขาดความรู้และทักษะในการทำ ACP เป็น

ปัญหาที่พบมากที่สุด อภิปรายได้ว่า สาเหตุมาจากการขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอและทักษะการสื่อสารในเรื่องที่ซับซ้อน เช่น การจัดการกับความเข้าใจผิดระหว่าง ACP กับการ No CPR (การไม่ปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ) ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถสื่อสารและดำเนินการ ACP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา[5] ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เชี่ยวชาญและการมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน ส่งผลให้การใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพและมีความสอดคล้องกันกับการเลือกสถานที่ที่ต้องการกับสถานที่เสียชีวิตจริงของผู้ป่วยอีกด้วย หากพยาบาลมีความเชี่ยวชาญย่อมส่งผลต่อที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา[10] พบว่าการคาดหวังการเสียชีวิตอย่างน้อยสามเดือนก่อนเกิดเหตุการณ์ และการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้การนำ ACP ไปใช้ในทางการดูแลดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติเพื่อพิจารณาผลกระทบของ ACP ต่อการจากลาและสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

2. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนของทีมบุคลากร อภิปรายได้ว่า การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวทำให้เกิดความเข้าใจผิดและข้อกังวลเกี่ยวกับการดูแลในอนาคต บางกรณีพบว่าผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะไม่ถามคำถามในเวลาที่พบแพทย์ แต่กลับมาถามพยาบาลภายหลัง ซึ่งทำให้การดำเนินการ ACP ไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ดังนั้นการฝึกอบรมการสื่อสารและการสร้างความมั่นใจให้บุคลากรทางการแพทย์ในการพูดคุยเรื่องความตายและการดูแลระยะสุดท้ายเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษา[11,12] ที่พบว่าการสื่อสารที่ดีช่วยสร้างความเข้าใจ และคุณภาพการดูแลที่ดีได้

3. การขาดเวลาและภาระงานของทีมบุคลากร อภิปรายได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่มากเกินไป ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการพูดคุยและดำเนินการ ACP อย่างเต็มที่ ปัญหานี้ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และทำให้การวางแผนการดูแลไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ การลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและการเพิ่มจำนวนบุคลากรเฉพาะทางในทีม ACP หรือใช้การสื่อสารผ่านระบบTelehealth[13] อาจช่วยลดปัญหานี้ได้

4. ความไม่สอดคล้องหรือการไม่ปฏิบัติในทางเดียวกันของทีมสุขภาพอภิปรายได้ว่าการขาดความสอดคล้องในแนวทางการปฏิบัติระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ประคับประคองจากการศึกษา[14,15] พบว่าการดำเนินการ ACP ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันปัญหานี้อาจเกิดจากความเข้าใจและมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย การสร้างทีมงานที่มีความเข้าใจและความสอดคล้องกัน รวมถึงการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดช่องว่างในการดูแลนี้ได้[16]

5. วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวที่แตกต่างกันนั้น อภิปรายได้ว่าวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัวอาจขัดแย้งกับแนวคิดของ ACP ซึ่งทำให้การพูดคุยเรื่องชีวิตและความตายเป็นเรื่องที่ยากลำบาก จากการศึกษา[16] พบว่าการสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณและศาสนาสามารถช่วยลดอุปสรรคนี้ได้

6. การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย อภิปรายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอาจทำให้การวางแผน ACP ที่ทำไว้ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสถานการณ์และการสื่อสารที่ต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินการ ACP มีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ[17]

7. แนวปฏิบัติและนโยบายที่ควรชัดเจน อภิปรายได้ว่าความซับซ้อนของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ ACP และการขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในหลายแผนกทำให้การดำเนินการ ACP เป็นไปได้ยาก การพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกันในทุกระดับของการดูแลสามารถช่วยให้กระบวนการ ACP เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น[15]

8. การขาดการสนับสนุนและทรัพยากรอภิปรายได้ว่า การขาดทรัพยากรที่เพียงพอ รวมถึงขาดการสนับสนุนจากองค์กร ทำให้การดำเนินการ ACP ไม่ต่อเนื่องและขาดความมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางทรัพยากรและการเพิ่มความตระหนักในระดับผู้บริหารเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการทำ ACP ให้ประสบความสำเร็จ[17] การดำเนินการ ACP ในโรงพยาบาลย่อมมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งในด้านการขาดความรู้ ทักษะ การสื่อสาร การบริหารเวลา ความสอดคล้องในทีมสุขภาพ และการสนับสนุนจากองค์กร แนวทางการแก้ไขที่แนะนำสามารถช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำ ACP ซึ่งจะ

ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดูแลระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ

**ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย**

1) จากผลการวิจัยที่พบว่า การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึกของ ACP จึงเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาและเสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โรงพยาบาลควรจัดหรือส่งให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ Advance Care Planning (ACP) โดยเฉพาะทักษะในการสื่อสารเรื่อง ACP กับผู้ป่วยและครอบครัว การทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย

2) จากผลการวิจัยประเด็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน เสนอแนะควรมีการพัฒนาแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวโดยจัดทำเป็นคู่มือเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดและเพิ่มประสิทธิภาพ

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1) จากผลการวิจัยที่พบว่า มีปัญหา อุปสรรคการจัดการภาระงานและเวลา เสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยในการพัฒนางานและภาระงานอย่างเป็นระบบ เป็นการวิจัยจากRoutine to research เพื่อพัฒนาหน้างานให้สอดคล้องกับความต้องการ และโรงพยาบาลควรปรับปรุงการจัดการภาระงานของพยาบาลให้มีเวลามากพอในการดำเนินการ ACP โดยอาจพิจารณาการเพิ่มจำนวนบุคลากรหรือการแบ่งงานให้มีความชัดเจนขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) จากประเด็นวัฒนธรรมและความเชื่อในการศึกษาวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวในการทำ ACP จัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณหรือที่ปรึกษาทางศาสนาเพื่อช่วยในการสนทนาและการตัดสินใจที่สอดคล้องกับค่านิยมทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่อไป

## References

1. Head BA, Song MK, Wiencek C, Nevidjon B, Fraser D,& Mazanec P. Palliative nursing summit: Nurses leading change and transforming care. Journal Hospice Palliative Nursing. 2018; 20(1):23-9.
2. Artsanthia J, Sumet S,& Daodee S. Palliative care needs among people living with chronic illness in community. Journal of Health Management. 2020;6(1):10-8. (in Thai).
3. Bartley MM, Manggaard JM, Fischer KM, Holland DE,& Takahashi PY. Dementia care in the last year of life: Experiences in a community practice. Journal Palliative Care. 2023;38(2): 135-42.
4. Bavelaar L, Visser M, Schlicksupp P, Tilburgs B, van der Maaden T, Achterberg WP, et al. Change in advance care plans of nursing home residents with dementia and pneumonia. Journal of the American Medical Directors Association. 2022;23(10):19-26.
5. Burghout C, Nahar-van Venrooij LMW, Bolt SR, Smilde TJ,& Wouters EJM. Benefits of structured advance care plan in end-of-life care planning among older oncology patients: A retrospective pilot study. Journal Palliative Care. 2023;38(1):30-40.
6. Sudore RL,& Fried TR. Redefining the “planning” in advance care planning: Preparing for end-of-life decision making. Annals of Internal Medicine. 2010;153(4):256–61.
7. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJM, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning for Palliative Care. Lancet Oncology. 2017;18(9):543–51.
8. Krueger RA,& Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2015.
9. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. New York: Oxford University Press; 1978.

10. Ding J, Cook A, Saunders C, Chua D, Licqurish S, Mitchell G, et al. Uptake of advanced care planning and its circumstances: A nationwide survey in Australian general practice. Health Soc Care Community. 2022;30 (5):1913-23.
11. Goins RT, Anderson E, Haozous E,& Doyle C. Advance care planning among American Indian, Alaska Native, and Native Hawaiian peoples. Generations. 2022;46(3):1-12.
12. Bzura M, Kubba H, West S, Schramm L, Clay AT,& Nilson S. Engagement and attitudes towards advanced care planning in primary care during COVID-19: A cross-sectional survey of older adults. Progress in Palliative Care. 2023;31(2): 89-94.
13. Artsanthia J, Srisaart R, Panyaphet K, Udom B, & Kiratitechawut P. A feasibility study: Using tele nursing to improve palliative care access for rural and remote communities. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):170-8. (in Thai).
14. Zhang G, Zeller N, Griffith R, Metcalf D, Williams J, Shea C, et al. Using the context, input, process, and product evaluation model (CIPP) as a comprehensive framework to guide the planning, implementation, and assessment of service-learning programs. Journal of Higher Education Outreach and Engagement. 2011;15(4):57-83.
15. Shepherd Banigan M, Ford CB, DePasquale N, Smith VA, Belanger E, Lippmann SJ, et al. Making the informal formal: Discussing and completing advance care plans in care dyads with cognitive impairment. Journal Palliative Care. 2022;37(3):289-97.
16. Artsanthia J,& Pomthong R. Nurses' role: Case study of psychological care for caregivers of patients with terminal illness. Royal Thai Army Nursing Journal. 2018;19(1):1-8. (in Thai).
17. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: Lancet Oncology. 2017;18(9):543–51.