

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative Performance Scale
ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม

พิศมัย หอมอ่อน; พย.บ.

ชัชฎาภา สมศรี; พย.ม.

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ
รบกวนต่างๆ (ESAS) เช่น อาการปวด เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ เพิ่มการเข้าถึงบริการและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (PS , ESAS , MO access) , survival และ mortality
ระหว่างรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบ การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอง
กลุ่มไม่สุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบข้อมูลเก็บไปข้างหน้า (quasi-experimental study with retro-prospective
design) ในผู้ป่วยประคับประคองโรคมะเร็ง ที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม ทั้งหมด
42 คน โดยแบ่ง กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม (standard care) เก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ระหว่าง
เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 จำนวน 21 คน และกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) เก็บข้อมูลไปข้างหน้า
ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2568 จำนวน 21 คน ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์กลุ่มผู้ป่วย
ประคับประคองโรคมะเร็ง วิเคราะห์และติดตาม Palliative Performance Scale (PPS) Pain score (PS) Edmonton Symptom
Assessment System (ESAS) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละ ส่วนเปรียบเทียบมาตรฐาน/มัธยฐาน
เปรียบเทียบผลการดูแลใช้สถิติเชิงอนุมาน t-test และ Fishers exact test ควบคุมตัวแปรกวนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ด้วย
multivariable regression Pain score, PPS, ESAS ที่มีการวัดทุกเดือน วิเคราะห์ด้วย multilevel regression และวิเคราะห์
จำนวนวันการอยู่รอดของผู้ป่วยด้วย Survival analysis

ผลการศึกษา : ลักษณะทั่วไปข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วยประคับประคองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน กลุ่มเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่เพิ่มคุณภาพการติดตามเยี่ยมบ้านจาก
การจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยช่วยลดระดับ PS ESAS ลงได้ เพิ่มการเข้าถึงยา MO เพิ่มจำนวนวัน ที่มีชีวิตอยู่
และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบระดับ PS กลุ่ม intervention และกลุ่ม

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025 Revised : 13 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

standard care พบว่า PS ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (SD=± 1.52) : 3.87 คะแนน (SD=± 1.99) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.009) ESAS ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.15 คะแนน (SD=± 2.04) : 4 คะแนน (SD=± 2.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.017) จำนวนครั้งที่ได้รับยา มอร์ฟีน ค่าเฉลี่ย 261 ครั้ง (SD=±239.50) : 151.82 ครั้ง (SD=±107.72) กลุ่ม Intervention รับประทุษณามอร์ฟีนมากกว่า กลุ่ม standard care แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value =0.098) จำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่ ค่าเฉลี่ย 123.53 วัน (SD=± 57.95) : 79.05 วัน (SD=± 58.47) กลุ่ม Intervention มีจำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = <0.001) ความพึงพอใจของผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ย 46.86 (SD=±1.80) : 48.81 คะแนน (SD= ±1.37) แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = <0.001) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 1 ค่าเฉลี่ย 96.19 คะแนน อยู่ในระดับที่ดี (SD=±7.81) คุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ย 94.95 คะแนน อยู่ในระดับกลางๆ (SD=±7.97) ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.437) ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระดับประคองโดยรวมในกลุ่ม intervention (n = 35) ค่าเฉลี่ย 23.63 คะแนน พึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด (SD=±2.06) และเปรียบเทียบอัตราการตายการเยี่ยมบ้านตามระดับ PPS พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ เสียชีวิตน้อยกว่า อัตราตาย (Mortality rate) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ที่ 4.6/1,000 person-days เยี่ยมบ้านแบบเดิมที่ 10.2/1,000 person-days การเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ลดการตายลงที่เท่ากับ 0.44 หรือสามารถลดการตายได้ที่ 56% แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.030)

ข้อสรุป : ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่บ้านตามระดับ PPS ช่วยการจัดการอาการ รบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยช่วยลดระดับ PS ESAS ลงได้ และเพิ่มการเข้าถึงยา MO ได้มากขึ้น เพิ่มจำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่ และลดอัตราการตายลงได้มากกว่าการเยี่ยมแบบเดิม

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่บ้าน, ผู้ป่วยระดับประคองโรคมะเร็ง, Palliative Performance Scale (PPS)

Effects of a Palliative Performance Scale–Based Home Palliative Care Model on Clinical Outcomes and Quality of Life among Patients with Advanced Cancer at Nakhon Phanom Hospital

Pisamai Homon; B.N.S,
Chatyapa Somsri; M.N.S
Community Nursing Group, Nakhon Phanom Hospital

Abstract

Background : Palliative care at home or in the community is care aimed at alleviating disruptive symptoms (ESAS) such as pain, fatigue, and shortness of breath, increasing access to services, and enabling patients and their families to have the best possible quality of life.

Objective: To compare clinical outcomes (PS, ESAS, and MO access), survival, and mortality between the new care model and the conventional care model.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental research study using a two-group, non-random sampling design, comparing retrospective and prospective data among 42 registered cancer palliative care patients receiving home visits under the Department of Community Nursing, Nakhon Phanom Hospital. Participants were divided into two groups: the standard care group (n = 21) with data collected retrospectively from July to December 2024, and the intervention group (n = 21) with data collected prospectively from January to June 2025. Outcome variables included Palliative Performance Scale (PPS), Pain Score (PS), and Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) scores. General information was analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations/medians. Comparisons of care outcomes were analyzed using inferential statistics such as the t-test and Fisher's exact test. Potential confounders were adjusted using multivariable regression. Repeated monthly measures of PS, PPS, and ESAS were analyzed using multilevel regression, while patient survival days were analyzed using survival analysis.

Results: Baseline characteristics between the two groups showed no significant differences. The new home-visit model demonstrated improved quality of follow-up and symptom management, resulting in

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025 **Revised :** 13 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

significantly reduced PS and ESAS scores, increased access to MO, longer survival days, and higher patient satisfaction. Mean PS scores were significantly lower in the intervention group (3.03 ± 1.52) than in the standard care group (3.87 ± 1.99 ; $p = 0.009$). Mean ESAS scores were also significantly lower (3.15 ± 2.04 vs. 4.00 ± 2.20 ; $p=0.017$). The mean number of morphine doses was higher in the intervention group (261 ± 239.50) than in standard care (151.82 ± 107.72), though not statistically significant ($p = 0.098$). Average survival days were significantly longer in the intervention group (123.53 ± 57.95) compared to standard care (79.05 ± 58.47 ; $p < 0.001$). Patient satisfaction scores significantly increased between the first and second follow-up (46.86 ± 1.80 vs. 48.81 ± 1.37 ; $p < 0.001$). Overall quality of life remained high but showed no significant difference between the two assessments (96.19 ± 7.81 vs. 94.95 ± 7.97 ; $p = 0.437$). Team satisfaction with the new home-visit model ($n = 35$) was also at the highest level (mean = 23.63 ± 2.06). Mortality rates were reduced in the intervention group when stratified by PPS levels, compared to the standard care model. The mortality rate for the new home visit group was 4.6/1,000 person-days, compared to the traditional home visit group's 10.2/1,000 person-days. The new home visit method reduced mortality by 0.44, or a 56% reduction, a statistically significant difference (p -value 0.030).

Conclusion: The study findings suggest that PPS-based home palliative care can symptom management, significantly reduce PS and ESAS scores, increase access to morphine, prolong survival time, and lower mortality rates compared with the conventional home-visit model.

Keywords : Home-based palliative care, Cancer palliative patients, Palliative Performance Scale (PPS)

ความสำคัญ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย โดยมีแนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพอย่างมาก¹ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนไม่น้อยได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ต้องเผชิญกับทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงควรเริ่มตั้งแต่ระยะวินิจฉัย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดการกลับเข้าโรงพยาบาล² ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เบื่ออาหาร ท้องผูก เป็นต้น³ โดยเฉพาะอาการปวด การเข้าถึงยาแก้ปวด ในผู้ป่วยประคับประคอง มีผลช่วยลดเรื่องความปวดได้ดีขึ้น⁴ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต สังคมวัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะบุคคล⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้มีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่นาน⁶ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองมุ่งหวังเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และช่วยบรรเทาอาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะแรก ที่เริ่มวินิจฉัยโรคจนถึงระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต⁷ ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าสภาวะสุขภาพของประชากรไทย มีแนวโน้มการเจ็บป่วยทั้งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากขึ้นการดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นที่ต้องการมากขึ้น⁸

นโยบายระดับประเทศและทิศทางระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย นโยบาย Home Ward/Hospital at Home ปี 2567–2568 กำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน นิยามตัวชี้วัด Service Plan ปี2566–2570 ยุทธศาสตร์ที่5: Palliative Care มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนและจากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยประคับประคองสูงขึ้น โดยในปี 2565–2567 มีผู้ป่วยจำนวน 165,727 268,189 301,906 ราย เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวน 31,259 36,855 48,374 ราย จังหวัดนครพนม มีจำนวน 2,817 2,925 5,577 ราย ตามลำดับ⁹

บริบทของโรงพยาบาลนครพนม บทบาทกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน ตั้งแต่การสอนและสาธิตการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวางแผนติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน พบข้อมูลสถิติปีงบประมาณ 2565-2567 จำนวน 181 , 184 , 259 ราย และสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง 102, 107, 148 ตามลำดับ โดยในปี 2567 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อเพิ่มภาระงานของทีมพยาบาลสูงขึ้น ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่เป็นระบบ ตามมาตรฐาน

ความสำคัญของการดูแลระยะท้ายและความท้าทาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานหลายมิติ¹⁰ ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลที่บ้านเป็นความท้าทาย เช่นการประเมินอาการ การจัดการอาการปวด/การจักษุอาการอาการรบกวน¹¹ การเข้าถึงบริการและยา ตลอดจนความพร้อมของผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่¹² ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน ซึ่งออกแบบตามระดับ Palliative Performance Scale (PPS) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม โดยประเมินผลด้านความพึงพอใจคุณภาพชีวิต การเข้าถึงยา Morphine(MO) และจำนวนวันที่มีชีวิตรอด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative Performance Scale ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับPain score ESAS เพิ่มการเข้าถึงยา MO จำนวนวันที่มีชีวิตรอดและอัตราการตาย ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาในรูปแบบ การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสองกลุ่มไม่สุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบข้อมูลเก็บไปข้างหน้า (quasi-experimental study with retro-prospective design)พร้อมการติดตามซ้ำรายเดือน ในผู้ป่วยระดับประคับประคองโรคมะเร็ง ที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม ทั้งหมด 42 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานำร่องจำนวน 10 ราย ในกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม พบว่าระดับ Pain score ของผู้ป่วยระดับประคับประคองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านแบบเดิมอยู่ที่ 4.8 ± 1.4 คะแนน คาดว่ารูปแบบการดูแลเยี่ยมบ้านแบบใหม่จะสามารถลดคะแนนความเจ็บปวดลงได้เหลือ ที่ 4.0 ± 1.4 คะแนนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 Power 80 % One – sided test ภายใต้การติดตามระดับ Pain score ทุกเดือน เป็นเวลา 3 เดือน (Repeated measurements) ได้ขนาดศึกษากลุ่มละ 16 คน คำนวณเพื่อการเสียชีวิต 20 % ได้ขนาดศึกษากลุ่มละ 19 คน เพื่อให้แบ่งตามระบบ PPS ออกเป็น 3 กลุ่มเท่าๆกันโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยระดับประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็ง ที่ยินยอมเข้าร่วมศึกษา PPS 70-100 % จำนวน 7 ราย PPS 40 – 60 % จำนวน

7 ราย PPS 10 – 30 % จำนวน 7 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนั้นขนาดศึกษาเท่ากับกลุ่มละ 21 คน และมีเกณฑ์คัดออก คือ เยี่ยมไม่ครบ 2 ครั้ง ขอยุติการเข้าร่วมศึกษา กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม (standard care) เก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 จำนวน 21 คน และกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) เก็บข้อมูลไปข้างหน้าระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 จำนวน 21 คน ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง โรคมะเร็ง วิเคราะห์และติดตาม Palliative Performance Scale (PPS) Pain score (PS) Edmonton Symptom Assessment System(ESAS) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/มัธยฐาน เปรียบเทียบผลการดูแลใช้สถิติเชิงอนุมาน t-test และ Fisher's exact test ควบคุมตัวแปรกวนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้วย multivariable regression Pain score, PPS, ESAS ที่มีการวัดทุกเดือน วิเคราะห์ซ้ำรายเดือนด้วย multilevel regression วิเคราะห์การอยู่รอดของผู้ป่วยด้วย survival analysis โดยใช้ Kaplan–Meier และ log-rank test กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีการติดต่อผู้ป่วยเร็วขึ้นและติดตามเยี่ยมบ้านถี่ขึ้นตามระดับ PPS โดยติดต่อและแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นหลังขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านภายใน 3 วัน PPS 70-100 % ติดตามทุก 1 เดือน PPS 40–60 % ติดตามทุก 2-4 สัปดาห์ และ PPS 10–30 % ติดตามทุก 1-2 สัปดาห์ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงวันเยี่ยมหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย ประเมินคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของทีม ส่วนกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม (standard care) ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแบบเดิมทุกระดับ PPS ติดต่อและแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นหลังขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน วันเยี่ยมหากมีอาการเปลี่ยนแปลงแนะนำปรึกษาที่คลินิกกันและกัน โดยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินประเมิน PPS PS ESAS และเปรียบเทียบผลลัพธ์ช่วงเวลาเดียวกันในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 เดือนที่ 4 เดือนที่ 5 และเดือนที่ 6 ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม Intervention เยี่ยมบ้านแบบใหม่ และกลุ่ม standard care เยี่ยมบ้านแบบเดิม

เพศ โดยกลุ่ม Intervention เป็นชาย : หญิง เท่ากับ 10 : 11 คิดเป็นร้อยละ 47.62 : 52.38 กลุ่ม standard care เท่ากับ 12 : 9 คิดเป็นร้อยละ 57.14 : 42.86 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value =0.758)

อายุเฉลี่ย 66.14 ปี (SD=±11.50) : 64.71 ปี (SD=±15.08) (p-value = 0.732)

ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดในกลุ่ม Intervention คือ โรคมะเร็งปอด เท่ากับ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.81 ในขณะที่กลุ่ม standard care โรคมะเร็งอื่นๆ เท่ากับ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.10 ลักษณะทั่วไปที่พบไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ชนิดของมะเร็ง ระดับ PPS ในวันขึ้นทะเบียนก่อนเยี่ยม

ลักษณะที่ศึกษา	Intervention(n= 21)		standard care (n= 21)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	10	47.62	12	57.14	0.758
หญิง	11	52.82	9	42.86	
อายุ (ปี), mean ($\pm$ SD)	66.14	($\pm$ 11.50)	64.71	($\pm$ 15. 08)	0.732
ชนิดของโรคมะเร็ง					
มะเร็งปอด	5	23.81	3	14.29	
มะเร็งตับ	3	14.29	4	19.05	
มะเร็งเต้านม	2	9.52	0	0.00	
มะเร็งท่อน้ำดี	3	14.29	3	14.29	
มะเร็งลำไส้	3	14.29	3	14.29	
มะเร็งอื่นๆ	5	23.81	8	38.10	
PPS baseline (PPSวันขึ้นทะเบียน)					
gr1 mean ($\pm$ SD)	27.14	($\pm$ 4.88)	30.00	($\pm$ 0.00)	0.147
gr2 mean ($\pm$ SD)	50.00	($\pm$ 8.17)	48.57	($\pm$ 9.00)	0.761
gr3 mean ($\pm$ SD)	72.8	($\pm$ 4.88)	71.43	($\pm$ 3.78)	0.552
Family meeting	20	95.24	20	95.24	1.00
Advance care plan	20	95.24	20	95.24	1.00

ผลของระดับ PPS baseline (PPSวันขึ้นทะเบียนก่อนเยี่ยม) ทั้งสองกลุ่มตามระดับไม่แตกต่างกัน

ผล trend ตามเวลา PPS ลดลงทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของโรค

การรายงานการอยู่รอดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม(>180 วัน) กลุ่ม Intervention มีชีวิตอยู่รอดเกิน 180 วัน เท่ากับ 9 ราย และมีผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่ค่า PPS baseline = 30 % หลังให้การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น PPS เดือนที่ 6 เพิ่มขึ้นเป็น 80 % ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ยินยอมให้สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวเพื่อบรรเทา

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025 Revised : 13 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

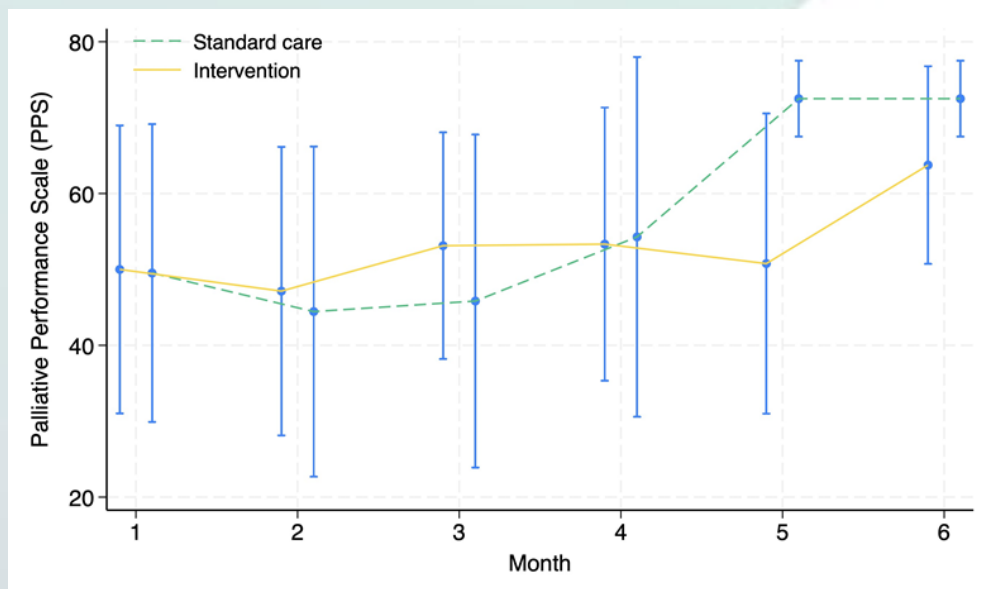
E 285579

อาการปวดตามเกณฑ์การให้ยามอร์ฟินตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคองและปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการปวดและหยุดใช้ยามอร์ฟิน ในขณะที่กลุ่ม standard care มีชีวิตอยู่รอดเท่ากับ 4 ราย ซึ่งเป็นกลุ่ม PPS baseline ที่ gr. PPS 70-100 % ทั้ง 4 ราย (ตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับ PPS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Mean $\pm$ SD					
Intervention(N=21)	50.0($\pm$ 18.97)	47.14($\pm$ 19.01)	53.13($\pm$ 14.93)	53.80($\pm$ 18.00)	50.77($\pm$ 19.77)	63.75($\pm$ 13.03)
standard care(N=21)	49.52($\pm$ 19.62)	44.44($\pm$ 21.75)	45.83($\pm$ 21.93)	54.29($\pm$ 23.71)	72.50($\pm$ 5.00)	72.50($\pm$ 5.00)
	Group			Time		
	Cofe.			- 6.76		
	P-value			< 0.001		

T1: Home visit in the first month,T2: Home visit in the second month ,T3: Home visit in the 3rdmonth, T4: Home visit in the 4th month, T5: Home visit in the 5th month ,T6: Home visit in the 6th month



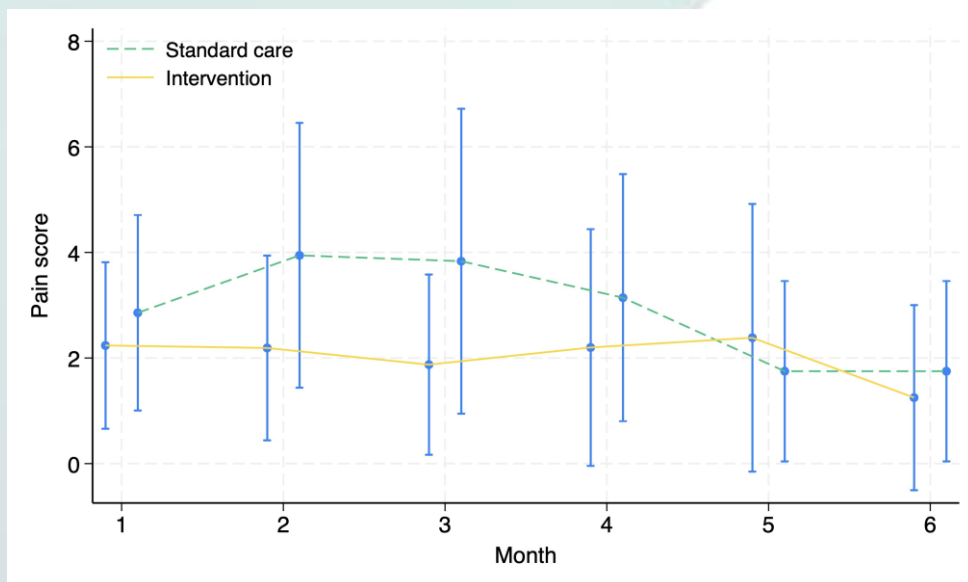
รูปภาพที่ 1 กราฟเปรียบเทียบ PPS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

Pain score (PS) เปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าค่า PS เริ่มต้น กลุ่ม Intervention ต่ำกว่ากลุ่ม standard care อยู่ 1.11 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่($p\text{-value}<0.025$)และเมื่อเวลาผ่านไป ทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้ม PS เพิ่มขึ้น 0.26 คะแนนต่อเดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่($p\text{-value}<0.021$) เพราะผลวิเคราะห์ slop พบว่า PS เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 3 และรูปภาพที่ 2)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ PS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Mean $\pm$ SD					
Intervention(N=21)	2.24($\pm$ 1.58)	2.19 ($\pm$ 1.75)	1.88($\pm$ 1.71)	2.20($\pm$ 2.24)	2.38($\pm$ 2.53)	1.25($\pm$ 1.75)
standard care(N=21)	2.86($\pm$ 1.85)	3.94($\pm$ 2.51)	3.83($\pm$ 2.89)	3.14($\pm$ 2.34)	1.75($\pm$ 1.71)	1.75($\pm$ 1.71)
	Group			Time		
Cofe.	-1.11			0.27		
P-value	0.025			0.021		

T1: Home visit in the first month, T2: Home visit in the second month , T3: Home visit in the 3rdmonth, T4 : Home visit in the 4th month, T5: Home visit in the 5th month ,T6: Home visit in the 6th month



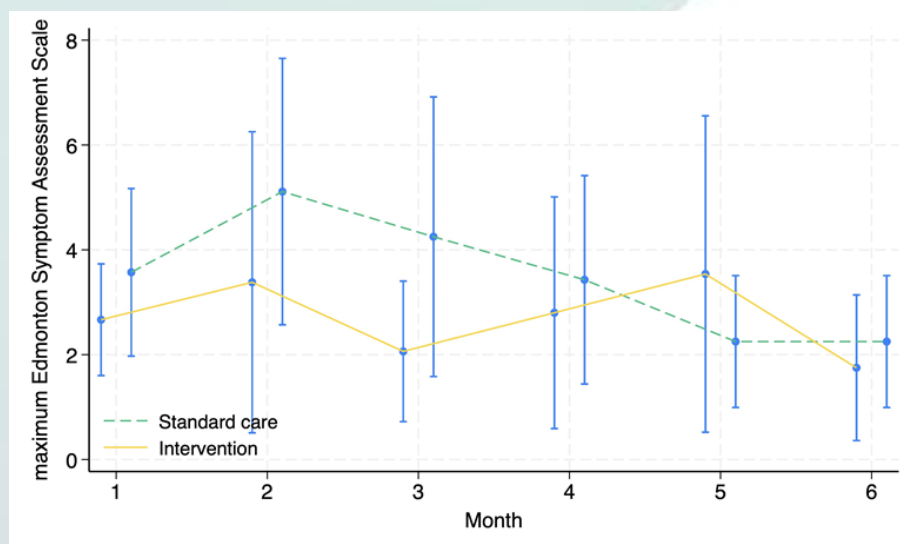
รูปภาพที่ 2 กราฟเปรียบเทียบ PS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

พบว่าค่า ESAS max กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิมเดือนที่ 1 มากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่(ที่ 3.59 คะแนน)และค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเดือนที่1 (regression coefficient) ที่ -1.32 คะแนน และกลุ่ม Intervention ESAS max ลดลงกว่ากลุ่ม standard care ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.004) แต่เมื่อเวลาผ่านไป ESAS เพิ่มขึ้นตามอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย (ตารางที่ 4 และรูปภาพที่ 3)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ ESAS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Mean $\pm$ SD					
Intervention(N=21)	2.67($\pm$ 1.06)	3.38($\pm$ 2.87)	2.06($\pm$ 1.34)	2.80($\pm$ 2.21)	3.54($\pm$ 3.02)	1.75($\pm$ 1.39)
standard care(N=21)	3.57($\pm$ 1.16)	5.11($\pm$ 2.54)	4.25($\pm$ 2.67)	3.43 ($\pm$ 1.99)	2.25($\pm$ 1.26)	2.25($\pm$ 1.26)
	Group			Time		
Cofe.	-1.32			0.39		
P-value	0.04			0.14		

T1: Home visit in the first month, T2: Home visit in the second month , T3: Home visit in the 3rd month, T4: Home visit in the 4th month, T5: Home visit in the 5th month ,T6: Home visit in the 6th month



รูปภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบ ESAS max ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดรายครั้ง (1-6 เดือน) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม แต่เมื่อวิเคราะห์เชิงสถิติแบบ multilevel regression พบความแตกต่างวิเคราะห์ในภาพรวมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสองกลุ่มระดับ PPS ไม่แตกต่างกัน

PS กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (SD=± 1.52) : 3.87 คะแนน (SD=± 1.99) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.009)

ESAS กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.15 คะแนน (SD=± 2.04) : 4 คะแนน (SD=± 2.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.017)

จำนวนครั้งที่ได้รับยามอร์ฟิน ค่าเฉลี่ย 261 ครั้ง (SD=±239.50) : 151.82 ครั้ง (SD=±107.72) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่รับประทานยามอร์ฟินมากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม อาจสัมพันธ์กับ PS และ ESAS แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.098)

จำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่ ค่าเฉลี่ย 123.53 วัน (SD=± 57.95) : 79.05 วัน (SD=± 58.47) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่มีจำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่มากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = <0.001)

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่เสียชีวิตน้อยกว่าอยู่ 12 คน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์เท่ากับ 57.14 % กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม เสียชีวิต 17 คน 80.95 %

ระยะเวลาการอยู่รอดเฉลี่ย (Median survival time) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ ที่ 123 วัน ใกล้เคียงกันกับจำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่ กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิมที่ 64 วัน

อัตราการตาย (Mortality rate) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ 4.6/1,000 person-days เยี่ยมบ้านแบบเดิม 10.2/1,000 person-days การเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ลดการตายลงที่เท่ากับ 0.44 หรือสามารถลดการตายสัมพัทธ์ (relative risk reduction) ได้ที่ 56% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.030)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (โดยวัดครั้งที่ 1 ในเดือนที่ 1 และวัดครั้งที่ 2 ในเดือนที่ 2) ค่าเฉลี่ย 46.86 (SD=±1.80) : 48.81 คะแนน (SD= ±1.37) มีพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value <0.001) และ คุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 1 ค่าเฉลี่ย 96.19 คะแนน อยู่ในระดับที่ดี (SD=±7.81) คุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ย 94.95 คะแนน อยู่ในระดับกลางๆ (SD=±7.97) ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.437)

ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระดับประคับประคองโดยรวม ในกลุ่ม intervention (n = 35) ค่าเฉลี่ย 23.63 คะแนน พึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด (SD=±2.06) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมบุคลากรต่อระบบการติดตามเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์โดยรวม 6 เดือน ระหว่างสองกลุ่ม

ผลลัพธ์	Intervention		Standard care		Difference	P-value
	(n = 21)		(n = 21)			
	Mean	SD	Mean	SD		
PPS	1.19	(±0.75)	1.53	(±1.23)	-	0.346
PS	3.03	(±1.52)	3.87	(±1.99)	-	0.009
ESAS	3.15	(±2.04)	4	(±2.20)	-	0.017
จำนวนวันที่เข้าถึงมอร์ฟิน	1.19	(±0.75)	1.53	(±1.23)	-	0.346
จำนวนครั้งที่ได้รับมอร์ฟิน	261.00	±239.50	151.82	±107.72	109.18 (-21.32, 239.67)	0.098
จำนวนวันที่มีชีวิตรอยู่	123.53	±57.95	79.05	±58.47	44.48 (7.42, 88.53)	<0.001
Dead N %	12	57.14	17	80.95	-	-
Median survival time	123	(79,181)	64	(32,104)	-	
Mortality rate	4.6/1,000person-days		10.2/1,000person-days		0.44 (0.21,0.92)	} 0.030
ความพึงพอใจครั้งที่ 1	46.86	±1.80	-	-	-	}
ความพึงพอใจครั้งที่ 2	48.81	±1.37	-	-	-	<0.001
คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1	96.19	±7.81	-	-	-	0.437
คุณภาพชีวิตครั้งที่ 2	94.95	±7.97	-	-	-	
ความพึงพอใจของทีม	23.63	±2.06	-	-	-	-

อภิปรายผล : ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative Performance Scale ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม แบ่งการติดตามเยี่ยมบ้านออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม Standard care ที่เป็นการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิบัติเดิม เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยทุกเดือนจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และกลุ่ม intervention ที่เป็นการดูแลตามแนวทาง

ปฏิบัติใหม่เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามระดับ PPS โดยการใช้ PPS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพยากรณ์ อาการคาดคะเนจำนวนวันที่มีชีวิตรอดของผู้ป่วย การลดลงของคะแนน PPS สะท้อนถึงความเสี่ยงของสภาพ ร่างกายและมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์อาการและระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย บ่งชี้ถึงการเข้าสู่ระยะ ท้ายของชีวิตและความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดและถี่ขึ้น ดังนั้น PPS จึงเป็น เครื่องมือสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการพยากรณ์อาการ การวางแผนการดูแล รวมถึงการประเมิน PS , ESAS¹³ สัมพันธ์กับบทบาทของ opioid ใน symptom control ที่เหมาะสม¹⁴

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) ใช้รูปแบบการการดูแลแบบ ประคับประคองผู้ป่วยกลุ่ม Intervention PS และ ESAS เริ่มต้นมีอาการน้อยกว่ากลุ่ม Standard care และ แนวโน้มเพิ่มขึ้นของความปวดตามธรรมชาติของโรคพบในทั้งสองกลุ่ม จำนวนวันที่เข้าถึงมอร์ฟีนไม่แตกต่างกัน จำนวนครั้งที่ได้รับยามอร์ฟีนกลุ่ม Intervention พบแนวโน้มการเข้าถึงที่ดีกว่า แต่ไม่แตกต่างกัน จำนวนวันที่ มีชีวิตรอด กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่มีจำนวนวันที่มีชีวิตรอดมากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ (p-value = <0.001) อัตราตาย (Mortality rate) กลุ่มเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ลดการตายลงมากกว่า กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.030) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองโดยรวมพึงพอใจอยู่ระดับมาก ที่สุด

ข้อสรุป : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านตามระดับ PPS ช่วยการจัดการอาการ รบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยลดระดับ PS ESAS ลงได้และเพิ่มการเข้าถึงยา MO ได้มากขึ้น เพิ่มจำนวนวันที่มี ชีวิตรอด และลดอัตราการตายลงได้มากกว่าการเยี่ยมแบบเดิม ดังนั้น จึงควรแนะนำให้มีการเยี่ยมบ้านตาม รูปแบบใหม่เพื่อการดูแลและจัดการอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยประคับประคองได้ดียิ่งขึ้น และสร้างความ พึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม

คำขอบคุณ : นพ.นฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนครพนม คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนครพนม เจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณ โพธิงาม. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8:117-26.
file:///C:/Users/Asus/Downloads/(Online)+H_E+Vol.8+No.2-117-126.pdf
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ; 2563.
http://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw_คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf
3. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาถฤดี สุทธิศิริ, สุณิสา ชื่นตา. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5:36-45. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252715/170589>
4. มลิวลย์ แจ่มแจ้ง. การพัฒนาบทบาทของเภสัชในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29:103-15.
<https://thaidj.org/index.php/TJCP/article/view/14154>
5. มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักขรดา กะการดี, นันทชญาณ์ นฤนาทนาเสฏฐ์. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21:216-30. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/267579>
6. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;21:219-32. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254129>
7. กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) แบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: บริษัทเบสท์สเต็ปแอ็ดเวอร์ไทซ์ จำกัด; 2561.
<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9470>
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: บริษัทโฆสิตการพิมพ์ จำกัด; 2561.
<https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20การดูแลแบบประคับประคอง.pdf>

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025 Revised : 13 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

9. Health Data Center (HDC), กระทรวงสาธารณสุข.
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
10. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Fernández A, Marín A, Martínez AI, Monroy A, et al. End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient and family experiences. BMC Palliat Care. 2024;23:157. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01489-1>
11. Hooley RL, Payne S, Begovic D, Correa-Morales JE, Harding A, et al. Collaboration, coordination and communication as facilitators of transitions for patients with advanced cancer: a scoping review linked to the Pal Cycles project. BMC Palliat Care. 2024;23:204. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01510-7>
12. ภัควีร์ นาคะวิโร, วาสิกา รัตนจันทร์. POCKET PALLIATIVE SURVIVAL. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. <https://www.karunruk.org/books-category/>
13. ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธกัณันท์ อินทรารุช. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31:99-113. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/14018>
14. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียงสุพรรณ. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2564. <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2022/02/Quality-Standard-for-Palliative-Care-2022.pdf>