

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและลักษณะของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

Palliative care needs and Characteristics of Patients in Nursing Homes in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province, Thailand

อัคริยา เจริญธรรักษ์^{* **}, ยุพาภรณ์ สายแสน^{** **}, รัตนภรณ์ ศิริเกตุ^{** **},

ปาริชาติ เพ็ญสุวรรณ^{**}, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล^{* **}, อรรถกร รักษาสัตย์^{* **}

Achariya Charoentanyarak^{* **}, Yupaporn Saisaen^{** **}, Rattanapon Siriket^{** **},

Parichart Piasupan^{**}, Srivieng Pairojkul^{* **}, Attakorn Raksasataya^{* **}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารโครงการศึกษาพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2566 ด้วยแบบสอบถามครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะ สถานการณ์การดูแล การดำเนินงานดูแลแบบประคับประคอง และการส่งต่อผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่อง

จากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 8 แห่ง มีผู้ตอบ 7 แห่ง (ร้อยละ 87.5) รวมผู้ป่วย 76 ราย ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 78.95 และร้อยละ 76.32 มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด โรคหลักคือภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 56.58 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 25 ค่าบริการต่อเดือนอยู่ระหว่าง 19,000–30,000 บาทตามระดับการพึ่งพิง การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้ามีความแตกต่างกันในแต่ละแห่ง โดยมีเพียง 1 แห่งที่ดำเนินการครบทุกราย มีผู้ปฏิบัติงานรวม 72 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงมีอายุ 20–40 ปี ความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้เรื่องการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย การจัดการอาการทางพฤติกรรมและจิตใจ แนวปฏิบัติกรณีฉุกเฉิน และการดูแลระยะท้ายในสถานดูแล ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพิงสูง ซึ่งมีแนวโน้มต้องการการดูแลแบบประคับประคอง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพการดูแลในระยะยาว

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ

* ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

* Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

** Nursing Department, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

*** Karunruk Palliative Care Research Collaboration Center (KPCRCC), Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

Corresponding author: Attakorn Raksasataya

Email: Attarak@kku.ac.th

Received 19/02/2026

Revised 23/02/2026

Accepted 24/06/2026

ABSTRACT

This study aimed to examine the characteristics of patients in elderly care centers (nursing homes) and explore their palliative care needs in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. It was a retrospective descriptive study employing a document review of project materials from the “Development of a Palliative Care System for Older Persons in Elderly Care Centers,” conducted by the Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital. Data were collected between July and October 2023 using a structured questionnaire covering four domains: general characteristics, care situations in elderly care centers, implementation of palliative care services, and referral and continuity of care.

Of the eight nursing homes in the province, seven participated (response rate 87.5%). At the time of the survey, 76 residents were living in these facilities; 78.95% were aged over 65 years. Most residents (76.32%) were totally dependent, while 22.36% were partially dependent. The most common diagnoses were dementia (56.58%) and stroke (25%). Advance care planning implementation varied across facilities: one reported 100% coverage, one 40%, three 25%, and two 10%. Key palliative care needs were knowledge of enteral feeding in advanced dementia, management of behavioral and psychological symptoms of dementia, family conflict resolution, financial support for long-term neglected patients, clear hospital referral protocols for emergencies, confidence in honoring ACP, and end-of-life care in nursing homes. More than half of residents were totally dependent older adults with dementia who may benefit from palliative care. Recognizing these needs is essential for developing and strengthening an integrated palliative care model in nursing homes.

Keywords: Palliative care, Nursing home, Elderly

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาโครงสร้างประชากรโลกได้มีการเปลี่ยนแปลง โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มเผชิญภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตและภาวะโรคร่วมหลายโรคเพิ่มขึ้น¹ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิต รวมทั้งครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน การประเมินและจัดการอาการอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกประมาณ 56 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าว สะท้อนช่องว่างของระบบบริการสุขภาพในระดับโลกอย่างชัดเจน²

ข้อมูลในบริบทต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริการายงานว่าประชากรประมาณ 1.7 ล้านคนอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (nursing homes: NH) และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 3 ล้านคน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงสูง โดยมากกว่าครึ่งต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันทั้งหมด เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตในสถานดูแลระยะยาวดังกล่าว โดยประมาณร้อยละ 28 ของผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปเสียชีวิตในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และเกือบร้อยละ 70 มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยการศึกษายังพบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) และส่วนใหญ่แสดงความประสงค์ที่จะได้รับการดูแลแบบมุ่งเน้นความสุขสบายและหลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานในระยะท้ายของชีวิต³ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในสถานดูแลระยะยาว

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2574 การสำรวจประชากรสูงอายุของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากประมาณ 7 ล้านคน ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 11.3 ล้านคน ร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี สะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งทศวรรษ⁴ แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2577 สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นใกล้เคียงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ⁵ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องควบคู่กับอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุลดลง และก่อให้เกิดผลกระทบเชิงโครงสร้างต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ การสูงวัยของประชากรมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน การย้ายถิ่น และความมั่นคงทางสังคม โดยเฉพาะภาระด้านงบประมาณสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁶

ในมิติด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพ จากข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562–2563) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 เบาหวานร้อยละ 20.4 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 23.8 ภาวะอ้วนร้อยละ 38.4 และกลุ่มอาการเมตาบอลิกประมาณร้อยละ 39.8⁷ ลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรังและสะสมอาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาว สถานการณ์ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ร้อยละ 45 รองมาคือภรรยาเกือบร้อยละ 20 ประชากร

วัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ขณะที่การย้ายถิ่นของประชากรส่งผลให้ความเป็นเมืองสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนของไทยที่มีแนวโน้มลดขนาดลง และการเพิ่มขึ้นของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังหรืออยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวเพียงบางส่วน ยิ่งทำให้ศักยภาพการดูแลภายในครอบครัวลดลง และเพิ่มความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลระยะยาว การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ^{6,8}

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยขอรับบริการของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 1,304 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 924 คน คิดเป็นร้อยละ 70.86 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁹ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มหลักที่ผู้สูงอายุบางส่วนมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบคือ ขาดการเชื่อมต่อประสานการดูแลติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง และผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าทำให้ไม่มีแผนการดูแลรักษาชัดเจนกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน⁸ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเรื่องความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและลักษณะของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย เพื่อทราบแนวทางการพัฒนาและส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความต้องการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารการจัดโครงการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และลักษณะของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563 ที่ดำเนินการโดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามโครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดหน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล (unit of analysis) คือ ระดับบุคคล แบ่งประชากรเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และ (2) ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการทั้งหมดในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่เข้าร่วมการจัดโครงการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีศูนย์ที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งสิ้น 7 แห่ง จาก 8 แห่ง ของศูนย์ทั้งหมดในพื้นที่ศึกษา (คิดเป็นร้อยละ 87.5)

เกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนเกณฑ์การคัดเข้าผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถาม คือ (1) เป็นผู้จัดการหรือรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ (4) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วม หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางปฏิบัติ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในและต่างประเทศ โครงสร้างแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะ สถานการณ์การดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง และการส่งต่อผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่อง เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 พร้อมปรับแก้ตามข้อเสนอแนะเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาจนได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบสอบถามและทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากโครงการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและลักษณะของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วยแบบสอบถามที่มีการตอบกลับครบถ้วนจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและจัดระบบข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบตารางและการบรรยายเชิงพรรณนา ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะของผู้ป่วย ข้อมูลผู้ปฏิบัติงานดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661295

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home: NH) อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 8 แห่ง มีหน่วยงานตอบแบบสอบถามจำนวน 7 แห่ง ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล พบว่ามีผู้ป่วยในความดูแลรวมทั้งสิ้น 76 ราย โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.95 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อพิจารณาภูมิฐานะ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.26 ด้านระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (totally dependent) หรือมีภาวะติดเตียง จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.32 รองลงมาคือกลุ่มที่พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน (partially dependent) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.36 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด สำหรับโรคหลักของผู้ป่วยในความดูแล พบว่าภาวะสมองเสื่อม (dementia) สูงที่สุดจำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.58 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะของผู้ป่วย (n=76)

ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อายุของผู้ป่วย		
- ต่ำกว่า 65 ปี	16	21.05
- 65 ปีขึ้นไป	60	78.95
<i>Min = 55, Max=93, Mean $\pm$ S.D.= 73.63 $\pm$ 9.45</i>		
ภูมิลำเนาของผู้ป่วย		
- อยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น	42	55.26
-อยู่นอกเขตอำเภอเมืองขอนแก่น	34	44.74
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย		
- พึ่งตนเองได้ (Non-dependent)	1	1.32
- พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน (Partially dependent)	17	22.36
- พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (Totally dependent)	58	76.32
โรคหลักของผู้ป่วย		
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	43	56.58
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frailty elderly)	7	9.21
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	19	25.00
- อุบัติเหตุทางสมอง (Traumatic brain injury)	3	3.95
- โรคไตวาย (Chronic kidney disease)	2	2.63
- โรคหัวใจ (Chronic heart disease)	1	1.32
- ดูแลพื้นฐานทั่วไป (General care)	1	1.32

เมื่อพิจารณาเหตุผลที่ผู้สูงอายุถูกส่งมาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุนั้นมีสาเหตุมาจากมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวต้องทำงานประจำ รองลงมาคือมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้ หรือผู้สูงอายุบางรายไม่มีผู้ดูแล เพราะมีลูกจำนวนน้อยคน บางรายลูกหลานไปทำงานต่างประเทศ ส่วนอัตราค่าบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยจะมีการประเมินเบื้องต้นในวันแรกรับและจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแจ้งค่าใช้จ่ายให้กับผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดอยู่ในกลุ่มติดเตียง ที่มีระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 24,000-30,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยระดับพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน 19,000-30,000 บาทต่อเดือน และผู้ป่วยระดับพึ่งพาตนเองได้ 19,000-28,000 บาทต่อเดือน

สำหรับข้อมูลผู้ปฏิบัติงานดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุจำนวน 72 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.83 ขณะที่เพศชายคิดเป็นร้อยละ 29.17 ด้านอายุพบว่าส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 31 ปี ร้อยละ 47.22 รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 45.83 และช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 6.95 โดยมีอายุเฉลี่ย 31 ปี เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา (n = 42) พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.10 และระดับอนุปริญญา ร้อยละ 4.76 จากข้อมูลการอบรมของผู้ปฏิบัติงานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n = 6) พบว่า หลักสูตรที่มีผู้เข้าอบรมมากที่สุด ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการช่วยเหลือกรณีล้มกลืนอาหาร รวมถึงหลักสูตรกายภาพบำบัด (ร้อยละ 33.33 เท่ากัน) รองลงมาคือหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลด้านการบริหารจัดการผู้สูงอายุ และหลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

(ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ) ขณะที่สัดส่วนการจัดทำเอกสารวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในผู้ป่วยของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการทำในบางราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือไม่ค่อยได้จัดทำ คิดเป็นร้อยละ 28.56 ขณะที่การทำเกือบทุกราย และทำทุกราย มีสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 14.29 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานด้าน ACP ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่ง และส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (n=72)

ข้อมูลผู้ปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศของผู้ปฏิบัติงานดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุ		
- ชาย	21	29.17
- หญิง	51	70.83
อายุของผู้ปฏิบัติงานดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุ		
- ต่ำกว่า 31 ปี	34	47.22
- 31-40 ปี	33	45.83
- 41-50 ปี	5	6.95
<i>Min = 21, Max=50, Mean $\pm$ S.D.= 31.47 $\pm$ 6.28 ปี</i>		
ระดับการศึกษาของผู้ปฏิบัติงานดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุ (n=42 คน)		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	57.14
- อนุปริญญา	2	4.76
- ปริญญาตรี	16	38.10
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาศูนย์ดูแลของท่านมีผู้ปฏิบัติงานเข้ารับการอบรมหลักสูตรใดบ้าง (n=6 คน)		
- หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล การบริบาลผู้สูงอายุ	1	16.67
- CPR การช่วยเหลือนอกห้องฉุกเฉิน	2	33.33
- กายภาพบำบัด	2	33.33
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	1	16.67
สัดส่วนการจัดทำเอกสารวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ		
- ทำทุกราย (ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยในศูนย์)	1	14.29
- ทำเกือบทุกราย (ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยในศูนย์)	1	14.29
- ทำในบางราย (ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในศูนย์)	3	42.86
- ไม่ค่อยได้จัดทำ (ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในศูนย์)	2	28.56

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่า ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารทางสายในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่มีปัญหากลืนลำบาก 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บางแห่งพบว่าญาติไม่สามารถรับภาระในการดูแลต่อได้ ตกเป็นภาระในการดูแลของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 3) ปัญหาความขัดแย้งครอบครัวของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 4) ปัญหาด้านการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาการทางจิตประสาทที่ควบคุมลำบาก การจัดการอารมณ์ทางเพศของผู้สูงอายุเพศชาย 5) ปัญหาด้านการดูแลต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการในรพ. 6) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ กรณีที่ผู้ป่วยมีแผนการดูแลล่วงหน้า

ทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารเรื่องแนวทางการดูแลกับครอบครัวผู้ป่วยได้ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน 7) การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตให้เสียชีวิตที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม และผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งต้องการการดูแลแบบองค์รวม ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านระบบบริการ พบว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งการออกเยี่ยมประเมินอาการเป็นระยะ การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเมื่ออาการทรุดลง รวมถึงการสนับสนุนยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการบรรเทาอาการ และมีการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างศูนย์ดูแลกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ขณะเดียวกัน ยังพบปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เช่น ข้อจำกัดในการรับภาระดูแลหรือความขัดแย้งภายในครอบครัวส่งผลต่อการตัดสินใจรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่บูรณาการมิติทางสังคมและครอบครัวควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน

วิจารณ์ (Discussions)

ลักษณะผู้ป่วยและบริบทการดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง โดยมีภาวะติดเตียงหรือพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 76.32 โรคหลักที่พบมากที่สุดคือภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 56.58 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 25 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด การติดตามสัญญาณชีพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนิยามการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ² ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่ายังมีความต้องการพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยางในผู้ที่มีปัญหาการกลืน การจัดการอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรม การประเมินและดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริบาลผู้สูงอายุ หากผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองยังสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากรเอง และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁰

ด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) พบว่ายังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย โดยร้อยละ 42.86 ดำเนินการเฉพาะบางราย และร้อยละ 28.56 ไม่ค่อยได้จัดทำ มีเพียงร้อยละ 14.29 ที่ดำเนินการในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยที่รายงานว่า การนำ ACP ไปใช้ในประเทศไทยยังอยู่ในระดับจำกัด แม้จะมีกฎหมายรองรับตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ บริบทวัฒนธรรมที่หลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องระยะท้าย ความกังวลต่อการลดความหวัง และทักษะการสื่อสารของบุคลากร^{11,12} ด้านความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ยังมีความต้องการการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในประเด็นการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่กลืนลำบากอย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า ACP มีส่วนช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว¹³ เมื่อพิจารณาอัตราค่าบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 19,000-30,000 บาทต่อเดือนขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภาระค่าใช้จ่ายที่สูงต่อเดือนนี้อาจกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการการดูแลระยะยาว¹⁴ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านครอบครัวและข้อจำกัดทางสังคมเศรษฐกิจยังมีผลต่อการตัดสินใจและคุณภาพการดูแล

ดังนั้นการประเมินเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่บูรณาการมิติทางสังคมและครอบครัวควบคู่ไปกับการดูแลด้านสุขภาพ

ด้านศักยภาพบุคลากร พบว่าผู้ปฏิบัติงานบางส่วนผ่านการอบรมเฉพาะทาง เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพและกายภาพบำบัด แต่การอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองยังมีจำกัด โดยเฉพาะในหัวข้อสำคัญ เช่น การจัดการอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม การประเมินและดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าความรู้และทักษะด้านการดูแลระยะท้ายของบุคลากรในสถานดูแลผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ¹⁵ อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นปัจจัยเชื้อสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทาง การสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ และการประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่ จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อสรุป (Conclusions)

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับโรคหลักของผู้ป่วยมักมีโรคภาวะสมองเสื่อม รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวันและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีความต้องการความรู้ด้านการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย การจัดการอาการทางพฤติกรรมและจิตใจ แนวทางรับมือความขัดแย้งในครอบครัว การสนับสนุนด้านการเงิน แนวปฏิบัติกรณีฉุกเฉิน และการดูแลระยะท้ายในสถานดูแลเพื่อเพิ่มความมั่นใจและคุณภาพการดูแล

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุควรกำหนดแนวทางมาตรฐาน (guideline) สำหรับการดูแลแบบประคับประคองในสถานดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยพึ่งพิงและเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่อย่างเป็นระบบ
2. ควรจัดให้มีหลักสูตรอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการจัดการอาการในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย การสื่อสารกับครอบครัว และการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต พร้อมทั้งสนับสนุนระบบพี่เลี้ยงหรือทีมปรึกษาจากสหวิชาชีพ
3. ภาครัฐควรพัฒนากลไกสนับสนุนด้านการเงินสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงหรือถูกทอดทิ้ง รวมถึงกำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพโดยไม่เกิดภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัว

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังและดำเนินการศึกษาในปี พ.ศ. 2563 โดยสามารถเก็บข้อมูลจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้จำนวน 7 แห่ง จากทั้งหมด 8 แห่งในอำเภอเมืองขอนแก่นขณะนั้น ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมบริบทของศูนย์ดูแลทั้งหมดในจังหวัดขอนแก่น อีกทั้งปัจจุบันจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณผู้แทนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 7 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้ข้อเสนอเชิงวิชาการและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
2. World Health Organization. **Palliative care** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Ersek M, Carpenter JG. Geriatric palliative care in long-term care settings with a focus on nursing homes. **Journal of palliative medicine** 2013; 16(10): 1180-1187. DOI: 10.1089/jpm.2013.9474
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและการคาดประมาณประชากร**. กรุงเทพฯ: สศช.; 2567.
6. ปราโมทย์ ประสาทกุล, มนสิการ กาญจนจติตรา, ศุทธิดา ชวนวัน, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, กาญจนา เทียนลาย, ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, จิรวรรณ มาท่อม, กรรณิการ์ เสนา. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558**. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
7. วิชัย เอกพลากร, บรรณานิการ. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
8. ศิราณี ศรีหาภาค, วชิร อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหา, ทิพวรรณ ทับซ้าย. **สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น**. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9** 2564; 15(36): ม.ค.-เม.ย.
9. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **รายงานประจำปีสถิติศูนย์การุณรักษ์ ปี 2562**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562
10. Mota Romero E, Burgos E, Puente Fernández D, García Caro MP, Hueso Montoro C, Herrero Hahn R, et al. Nursing Homes End of Life care Program (NUHELP): developing a complex intervention. **BMC Palliative Care** 2021; 20: 98. DOI: 10.1186/s12904-021-00788-1
11. Pairojkul S, Raksasataya A, Sorasit C, Horatanaruang D, Jarusomboon W. Thailand's experience

- in advance care planning. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2023; 180: 85-89.
DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.010
12. Sripaew S, Assanangkornchai S, Limsomwong P, Kittichet R, Vichitkunakorn P. Advantages, barriers, and cues to advance care planning engagement in elderly patients with cancer and family members in Southern Thailand: a qualitative study. *BMC Palliative Care* 2024; 23(1): 211.
DOI: 10.1186/s12904-024-01536-x
13. Pimsen A, Kao CY, Hsu ST, Shu BC. The effect of advance care planning intervention on hospitalization among nursing home residents: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2022; 23(9): 1448–60.e1. DOI: 10.1016/j.jamda.2022.07.017
14. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566 [อ้างเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2569].
จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1696238995-2521_0.pdf
15. Hall S, Goddard C, Stewart F, Higginson IJ. Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: a systematic literature review. *BMJ Support Palliative Care* 2016; 6(3): 353–61.
DOI: 10.1136/bmjspcare-2015-000956