# การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

# Development of Palliative Care Model through Partnership Network Participation Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province.

**จริยา ฐิตะฐาน[1], ปานจันทร์ จีระออน[2], ชญาภา เยยโพธิ์[3]**
**Jariya Thitathan[1], Panchun jeeraon[2], Chayapa Yoeipho[3]**

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้าย 70 ราย และทีมสหวิชาชีพ 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา :** รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม (2) ระบบบริการแบบ One Stop Service และ (3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการประเมินพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.82 เป็น 95.71 อัตราการเข้าถึงยา Opioids เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็น 90 อัตราสถานที่เสียชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.81 เป็น 71.42 และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92 และ 95 ตามลำดับ จำนวนภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 2 เป็น 5 องค์กร

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** รูปแบบการจัดบริการการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ ควรมีการขยายผลการดำเนินงาน และศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

**คำสำคัญ :** การดูแลแบบประคับประคอง, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, การวิจัยและพัฒนา

---

**[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ[2], พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ[3]**
**โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม**

## Abstract

**Objectives :** To develop and evaluate outcomes of a palliative care model through network partnership participation.

**Methodology :** This research and development study employed participatory action research methodology, conducted from January to December 2024. The sample consisted of 70 terminal patients and 12 multidisciplinary healthcare professionals. Data were collected using standardized assessment forms, semi-structured interview and satisfaction evaluation form. Data analysis involved descriptive statistics and content analysis.

**Results :** The developed model comprised three main components: (1) participatory management system, (2) one-stop service system, and (3) network partnership participation. Evaluation results showed significant improvements: service accessibility increased from 56.82% to 95.71%, access opioids rates from 60% to 90%.from 60% to 90%, death-place rates as per patients' wishes increased from 30% to 75%, and patient and family satisfaction increased to 94.28% and 97.14% respectively. The number of network partners expanded from 2 to 5 organizations.

**Conclusion and Recommendations :** The developed care model significantly improved palliative care efficiency. Further implementation and long-term sustainability studies are recommended.

**Keywords :** Palliative Care, Network Partnership Participation, Research and Development

**บทนำ**

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลที่มีความสำคัญยิ่งในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[1] องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานผ่านการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[2] จากสถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีประชากรที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 20.4 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 69 สำหรับในประเทศไทย จากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขปี 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 35.36) รองลงมา คือ โรคถุงลมโป่งพอง (ร้อยละ 20.89) และภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 17.31)[3] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อพัฒนาระบบบริการและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรการกุศลและชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต[4]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่รับผิดชอบประชากร 14 ตำบล พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนสถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564 - 2566) พบผู้ป่วย 197, 116 และ 110 ราย ตามลำดับ สามารถเข้าถึงบริการเพียง ร้อยละ 42.13, 48.78 และ 45.37 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นจาก 45, 21 และ 32 ราย ตามลำดับ[5] จากการศึกษาของเพียงพิมพ์ ปัณระสี และคณะ[6] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม จากการประเมินระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ 1) ขาดรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง 2) การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายยังไม่มีประสิทธิภาพ 3) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนการดูแล และ 4) ครอบครัวและผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

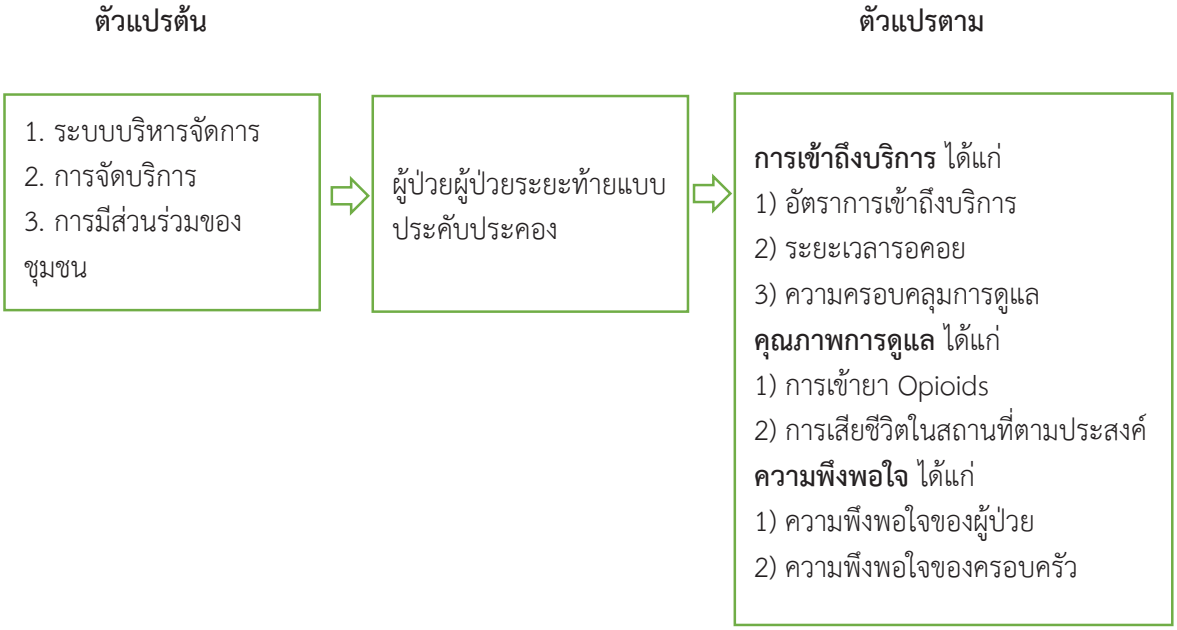
**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีกรอบแนวคิดในการวิจัยรายละเอียด ดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

2) บุคลากรทางการแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 70 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนระหว่าง เดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลสุขภาพจิต 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน

**ขั้นตอนการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ**

**1.1 การเตรียมการวิจัย**

- จัดทำโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ผู้รับผิดชอบงาน Palliative care ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 20 แห่ง ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 14 แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน
- จัดเตรียมเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**1.2 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน** ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ (1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูลทั่วไป สุขภาพ การดูแล ความต้องการ และการวางแผนล่วงหน้า (2) การประเมินระบบการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การดูแล และ (3) การวิเคราะห์ทรัพยากรในพื้นที่ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพต่อไป ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และผู้บริหาร เพื่อเข้าใจมุมมอง ประสบการณ์ และความต้องการ (2) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและสถานพยาบาล เพื่อเข้าใจสภาพการณ์จริงและปัญหาอุปสรรคในการดูแล และ (3) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และรายงานการดูแลผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแล

**ระยะที่ 2 : การพัฒนารูปแบบ**

**2.1 การยกร่างรูปแบบ** โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหาร ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากนั้นจึงร่วมกันกำหนดองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแล เช่น โครงสร้างการทำงาน บทบาทหน้าที่ และแนวทางการประสานงาน สุดท้ายคือการออกแบบกลไกการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของทุกฝ่าย

**2.2 พัฒนาร่างรูปแบบ** การพัฒนาร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การลดภาระผู้ดูแล และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดูแล และการติดตาม

ประเมินผล โดยมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน ทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

**2.3 การตรวจสอบร่างรูปแบบ** ขั้นตอนการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบเริ่มจากการนำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องพิจารณาประเมินทั้งด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาวิเคราะห์ และปรับปรุงร่างรูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สุดท้ายจึงจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบที่มีรายละเอียดชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

**ระยะที่ 3 : การทดลองใช้และประเมินผล**

**3.1 การเตรียมการทดลองใช้** การเตรียมความพร้อมก่อนนำรูปแบบไปใช้จริง เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องผ่านการอบรม พร้อมทั้งจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็น เช่น บุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม จากนั้นคัดเลือกพื้นที่นำร่องที่มีความเหมาะสม และประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อจัดตั้งคณะทำงานที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงาน พร้อมทั้งวางระบบการติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถพัฒนา และปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

**3.2 การทดลองใช้รูปแบบ**

**3.3 การปรับปรุงและสรุปผล** เมื่อเริ่มนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง จะมีการติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน มีการประเมินผลเป็นระยะเพื่อรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย ชื่อ-สุกล อายุ ที่อยู่ การรับรู้โรค การวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ ดัดแปลงจากแบบขึ้นทะเบียนของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

3) แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ (5 ด้าน) โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน

4) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia ประกอบด้วย 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับ ไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0 - 30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40 - 70%)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และประเมินผลรูปแบบ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการสรุปประเด็นเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลเชิงลึก โดยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า จากนั้นนำเสนอผลการวิเคราะห์ทั้งในรูปแบบตาราง แผนภาพ และการบรรยาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปสู่การสรุปผลที่เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ 01/2567 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสามารถมีสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

**ผลการศึกษา**

**1. สถานการณ์ปัญหา และผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง**

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา และผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ได้ผู้วิจัยขอนำเสนอการเปรียบเทียบผลการวิจัยดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

| ประเด็น | สถานการณ์ปัญหาเดิม | ผลลัพธ์หลังการพัฒนา |
|---|---|---|
| **1. ด้านการบริหารจัดการ** | - ขาดระบบการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม<br>- ไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน<br>- งบประมาณไม่เพียงพอ<br>- ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน<br>- การรับผู้ป่วย จากโรงพยาบาลจังหวัด และหน่วยงานภายในโรงพยาบาล<br>- ด้านการสนับสนุน ไม่มีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ และข้อมูลอุปกรณ์การแพทย์ของเครือข่าย | - มีคณะกรรมการ Palliative Care ระดับอำเภอ<br>- มีแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน<br>- ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. และกองทุนตำบล<br>- มีการบูรณาการงานร่วมกับ พชอ.<br>- การรับผู้ป่วย จากหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และชุมชน<br>- ด้านการสนับสนุน มีศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีการจัดทำข้อมูลอุปกรณ์ |

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ต่อ)

| ประเด็น | สถานการณ์ปัญหาเดิม | ผลลัพธ์หลังการพัฒนา |
|---|---|---|
| | | การแพทย์ในภาพรวมทั้งของ รพ. และ รพ.สต. เพื่อการบริหารจัดการอุปกรณ์การแพทย์ในภาพรวมทั้งของ รพ. และ รพ.สต. เพื่อการบริหารจัดการอุปกรณ์ให้มีประสิทธิภาพเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย |
| **2. ด้านระบบบริการ** | - ขาดแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐาน<br>- การส่งต่อข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ<br>- วิธีการเยี่ยม ไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน<br>- ด้านข้อมูล ลงบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ลงบันทึกโปรแกรม HosXp และบันทึกในโปรแกรม COC จังหวัด ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยในเขต รพ.สต.จะไม่ได้ลงบันทึก | - มี CPG การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<br>- มีระบบส่งต่อข้อมูลแบบ Real-time<br>- วิธีการเยี่ยม กำหนดอย่างน้อยผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง และเยี่ยมเพิ่มตามสภาพปัญหา<br>- ด้านข้อมูล ลงบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ลงบันทึกโปรแกรม HosXp และบันทึกในโปรแกรม COC จังหวัด ผู้ป่วยทุกคนที่ติดตามเยี่ยมทั้งในเขต รพ. และ รพ.สต. |
| **3. ด้านบุคลากร** | - ขาดความรู้และทักษะเฉพาะทาง<br>- ภาระงานมาก<br>- ขาดขวัญกำลังใจ<br>- ทีมเยี่ยม ไม่ได้กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน ผู้ป่วยในเขตของ รพ.สต. ส่งข้อมูลให้ จนท.รพ.สต. ติดตามเยี่ยม | - บุคลากรได้รับการอบรมเฉพาะทาง<br>- มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม<br>- มีระบบแรงจูงใจและการยกย่องชมเชย<br>- กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน โดยทีมของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาล โดยพยาบาลประจำศูนย์ หากรายใดมีความจำเป็น จะเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ<br>- การเยี่ยมให้ความสำคัญทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายทั้งในเขต รพ. และ รพ.สต. |

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ต่อ)

| ประเด็น | สถานการณ์ปัญหาเดิม | ผลลัพธ์หลังการพัฒนา |
|---|---|---|
| **4. ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย** | - ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ<br>- ไม่มีระบบอาสาสมัครดูแล<br>- ขาดการสนับสนุนจากท้องถิ่น | -มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน<br>- มีกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยระดับตำบล<br>- เกิดเครือข่ายการดูแลในชุมชน |

**2. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ**

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในครั้งนี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นใน 3 ด้านหลัก ได้แก่

**2.1 ด้านระบบบริการ** พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative care เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.82 เป็นร้อยละ 95.71 ระยะเวลารอคอยการได้รับบริการ จาก 7 วัน ลดลงเหลือเพียง 1 - 2 วัน ส่วนอัตราความครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.45 เป็นร้อยละ 92.85 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านระบบบริการ

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา |
|---|---|---|---|
| **ด้านการเข้าถึงบริการ** | | | |
| - อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative care | ≥ ร้อยละ 90 | 56.82 | 95.71 |
| - ระยะเวลารอคอยการได้รับบริการ (วัน) | ≤ 3 วัน | 7 | 1-2 |
| - ความครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน | ≥ ร้อยละ 85 | 45.45 | 92.85 |

**2.2 ด้านคุณภาพการดูแล** พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีอัตราการเข้าถึงยา Opioids เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 90.00 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.80 เป็นร้อยละ 71.42 ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระดับมากที่สุด เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 94.28 และ 97.12 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านคุณภาพการดูแล

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา |
|---|---|---|---|
| **1. ด้านคุณภาพการดูแล** | | | |
| - อัตราการเข้าถึงยา Opioids | ≥ ร้อยละ 85 | 60.00 | 90.00 |
| - อัตราสถานที่เสียชีวิตตามความประสงค์ผู้ป่วย | ≥ ร้อยละ 70 | 31.80 | 71.42 |
| **2. ด้านความพึงพอใจ** | | | |
| - ความพึงพอใจของผู้ป่วย | ≥ ร้อยละ 90 | 72.72 | 94.28 |
| - ความพึงพอใจของครอบครัว | ≥ ร้อยละ 90 | 65.45 | 97.12 |

**2.3 ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย** พบว่า ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 2 องค์กรเป็น 5 องค์กร ซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กองทุนสุขภาพท้องถิ่น และวัด จำนวนอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2 คนเป็น 42 คน จำนวนตำบลที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจาก 1 ตำบล เพิ่มขึ้นครอบคลุมเป็น 14 ตำบล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

| ตัวชี้วัด | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา | การเปลี่ยนแปลง |
|---|---|---|---|
| **1. ด้านเครือข่าย** | | | |
| จำนวนภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วม (องค์กร) | 2 | 5 | เพิ่มขึ้น |
| จำนวนอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย (คน) | 2 | 42 | เพิ่มขึ้น |
| จำนวนตำบลที่มีระบบการดูแล | 1 | 14 | เพิ่มขึ้น |
| **2. ด้านทรัพยากร** | | | |
| กองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยระดับตำบล (แห่ง) | 1 | 14 | เพิ่มขึ้น |

**2.4 ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร** จากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ พบว่า ด้านความรู้และทักษะบุคลากรผ่านการอบรมเฉพาะทาง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 80 ด้านการปฏิบัติ บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 81.81 เป็นร้อยละ 98.57 การบันทึกข้อมูลครบถ้วนจากเพิ่มขึ้น ร้อยละ 72.72 เป็นร้อยละ 98.57 การส่งข้อมูลทันเวลาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.27 เป็นร้อยละ 97.14 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา |
|---|---|---|---|
| **1. ด้านความรู้และทักษะ** | | | |
| - บุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง | ≥ ร้อยละ 85 | 60.00 | 80.00 |
| **2. ด้านการปฏิบัติ** | | | |
| - การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด | ≥ ร้อยละ 90 | 81.81 | 98.57 |
| - การบันทึกข้อมูลครบถ้วน | ≥ ร้อยละ 95 | 72.72 | 98.57 |
| - การส่งต่อข้อมูลทันเวลา | ≥ ร้อยละ 90 | 77.27 | 97.14 |

**หมายเหตุ :**

1. ข้อมูลเก็บรวบรวมในช่วงระยะเวลา 1 ปี (2567)
2. การประเมินผลดำเนินการทุก 3 เดือน
3. มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการดำเนินงานตามผลการประเมิน

**3. รูปแบบการจัดบริการการดูแลที่พัฒนาขึ้น**

รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและกลไกการขับเคลื่อน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ระบบบริหารจัดการ มีคณะกรรมการอำนวยการระดับอำเภอเป็นผู้กำหนดแผนยุทธศาสตร์และสนับสนุนทรัพยากร

องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริการครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง วางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการส่งต่อ

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพ ท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัคร

ส่วนกลไกการขับเคลื่อนประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการที่มีการประชุมคณะกรรมการทุกเดือนและติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมบุคลากรทุก 6 เดือน และพัฒนาทักษะอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ที่จำเป็น การดำเนินงานทั้งหมดนี้มีการทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำเดือน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

**วิจารณ์**

การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการระดับอำเภอ ที่มีแผนดำเนินงานและระบบสนับสนุนทรัพยากรที่ชัดเจน การให้บริการในคลินิกเป็นแบบ One Stop Service โดยทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินและวางแผนการดูแลรายกรณี การส่งต่อข้อมูลดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยมีอาสาสมัครในชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ด้วยความร่วมมือของ

เครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งในชุมชน สามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

**1. รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม**

1.1 ระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Palliative Care ระดับอำเภอที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อีกทั้งการมีแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ช่วยให้การดำเนินงานเป็นระบบและมีทิศทาง สอดคล้องกับการศึกษาของประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรี และคณะ[7] ที่พบว่า การดำเนินงานแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดกระบวนการ พัฒนาหล่อหลอม การดูแลอย่างเป็นองค์รวมมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้น

1.2 การจัดบริการแบบองค์รวม การพัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service โดยทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมขององค์การอนามัยโลก ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของดลพร เขียวบรรจง[8] ที่เน้นการบรรเทาความปวด และความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ ครอบคลุมองค์รวม 4 มิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignified death) ทั้งนี้ได้ยึดหลักแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ WHO 6 ด้าน คือ 1. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ ทรมานในทุกด้าน 3. มีความต่อเนื่องในการดูแล 4. เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5. เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6. เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะทายและหลังเสียชีวิตแล้ว

**2. การมีส่วนร่วมของชุมชน**

2.1 การเสริมสร้างศักยภาพชุมชน การพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชนจาก 2 คน เป็น 42 คน แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพ สะท้อนถึงความยั่งยืนของระบบการดูแลอีกด้วย นอกจากนั้นการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จาก 1 ตำบล เป็น 14 ตำบล

2.2 การสร้างเครือข่ายการดูแล การเพิ่มขึ้นของจำนวนภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[9] พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน ดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การศึกษาของผุสดี ด่านกุล[10] พบว่าการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่รับผิดชอบในขั้นต้นได้ รวมทั้งมีองค์กรเอกชน หน่วยงานของรัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

**3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน**

3.1 การเข้าถึงบริการ อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative care ที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 56.82 เป็นร้อยละ 95.71 และระยะเวลารอคอยที่ลดลงจาก 7 วัน เป็น 1 - 2 วัน สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ความครอบคลุม

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 92.85 แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการเชื่อมโยงระบบบริการกับชุมชน

3.2 คุณภาพการดูแล อัตราสถานที่เสียชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.42 สอดคล้องกับเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจที่สูงขึ้นทั้งในผู้ป่วย (ร้อยละ 94.28) และครอบครัว (ร้อยละ 97.12) สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อจำกัดของการวิจัย ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี อาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ความแตกต่างของบริบทพื้นที่อาจส่งผลต่อการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

2. โอกาสในการพัฒนา ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ อีกทั้งการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและประเมินผลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

**เอกสารอ้างอิง**

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2565 - 2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย (Clinical Practice Guidelines for End-of-Life Care). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์; 2566.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ: การดูแลแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สรพ.; 2565.
5. ศูนย์ข้อมูลระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ปีงบประมาณ 2562 - 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/
6. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และ ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565; 32(1): 40-55.
7. ประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรี, อริณรดา ลาดลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 37(2): 199-207.
8. ดลพร เขียวบรรจง. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หน่วยมหาราชอุ่นรักษ์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2562; 2(2): 95-98.

9. รัตนาภรณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ และภัทรดนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2564; 4(2): 1-19.

10. ผุสดี ด่านกุล. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(1): 434-444.