

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

The Development of Palliative Care System in Home Health Care: case study, Pong Hospital, Phayao Province

วรณัฐ วงศ์เจริญ* ปร.ด.

Woranuch Wongcharoen* Ph.D.

ทัศนมินทร์ รัชตธนรัชต์** ปร.ด.

Tasanamin Ratchatathanarat** D.P.A.

พิสิษฐ์ สมงาม*** สม.

Phisit Somngam***MP.H

*โรงพยาบาลปง

*Pong hospital

**ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและ
ปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

** The Research and development ความ
center of Security the coast in gulf and
Andaman of Thailand

***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องช้าง

*** Ban Rongyang Health Promoting Hospital

Received: October 28, 2019, Revised: March 30, 2020, Accepted: July 03, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลปง แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ นำทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา แนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (4M) มาใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบ และใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน มาใช้เป็นวงจรในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ในระยะที่ 1-3 ร้อยละ 30.55, 35.48 และ 73.91 ตามลำดับ และมีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้านเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยร้อยละ 100 ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้าน จำนวน 15,000-20,000 บาทต่อราย และสามารถช่วยเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยก่อให้เกิดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ผู้ป่วยและโรงพยาบาล

Abstract

The purposes of this action research design. This research aimed to develop of palliative care system in home health care. This research divided into three phases. The samples were patient in palliative care clinic in Pong hospitals, selected by purposive sampling. This study used system theory as a conceptual framework, resource management concept (4M) used for analysis and develop system, and PAOR cycle used for continuous quality improvement. The data were analyzed with descriptive statistics.

The findings of this study revealed that palliative care patients received continuity of care increased in phase 1–3 as 30.55, 35.48 and 73.91 percent respectively, have medical equipment support centers for palliative care patients, reduced the patients expenses for oxygen home therapy 15,000–20,000 baht per case, and increase hospital revenue. These findings indicate that palliative care system in home health care increase efficiency and effectiveness for patients and hospitals.

คำสำคัญ:

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลปง

Key words:

Home Health Care

Palliative Care

Pong Hospital

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี 2583 ซึ่งคาดว่าในปี 2564 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์¹ เนื่องด้วยปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และยารักษาโรคมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น ในสถานการณ์การเจ็บป่วยปัจจุบันของประชากรไทย พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูล

ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์อัมพาตเพิ่มจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแล

แบบประคับประคองมากขึ้น² นอกจากนี้ผลสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาโรคเรื้อรังมากขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น และผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 1.5 อยู่ในสภาวะติดเตียงซึ่งจะนำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองในอนาคตอีกประการหนึ่งด้วย³

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) องค์การอนามัยโรค⁴ ได้ให้ความหมายไว้ว่ามุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วะยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และยังรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย⁵ โดยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรคนั้นได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคยังมีการดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และไม่ใช่โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย⁶ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมความเชื่อและความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตคือต้องการจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยจะมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นช่องทางในการสานต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

โรงพยาบาลปทุมธานีมีคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีความสุขสบาย ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และมีแนวทางในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังคงพบว่า ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในปี 2560 มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพียงร้อยละ 9.41 กอปรกับได้รับข้อมูลย้อนกลับจากฝ่ายแผนงานเกี่ยวกับข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าชดเชยจาก สปสช. จากการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถเรียกเก็บในปี 2560 เพียง 30,000 บาท ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นในระดับเดียวกับสามารถเรียกเก็บได้สูงกว่า ซึ่งในขณะที่โรงพยาบาลปทุมธานีประสบปัญหาด้านสภาพคล่องทางการเงิน⁷ ทั้งนี้ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน⁸ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้อย่างมาก แต่ในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังคงมีความไม่สะดวกบางประการ อาทิ การขาดผู้ดูแลหลัก (Caregiver) จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้นระบบบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย⁹

จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลปงดง ที่กล่าวมา และแนวโน้มกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้นนั้น งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีคุณภาพสูงขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด หรือที่เรียกว่าการตายดี คือการจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) และยังสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายรับให้แก่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอัตรากำลังขาดแคลนได้อีกด้วย โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในอำเภอปง และพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปงร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแล มีการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ปัญหาและการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยตัวผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะเพื่อนำสู่การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2559–มีนาคม 2562 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลปง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 (ต.ค. 59–มี.ค. 61) จำนวน 31 คน ระยะที่ 2 (เม.ย. 61–ก.ย. 61) จำนวน 64 คน และระยะที่ 3 (ต.ค. 61–มี.ค. 62) จำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการติดตามเยี่ยม
2. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale version 2: PPSv2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ขั้นตอนการพัฒนา

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 3 ระยะ ในแต่ละระยะนำทฤษฎีระบบ (System Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

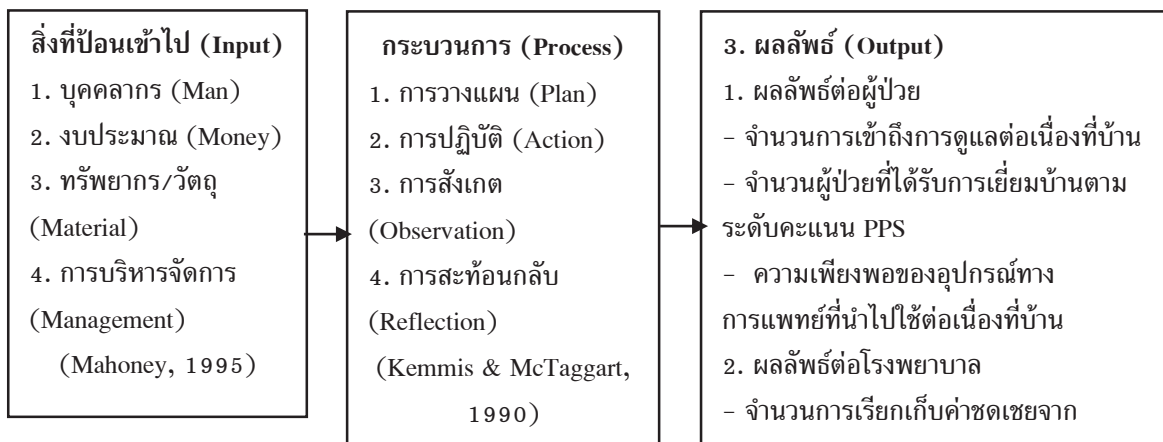
1. สิ่งป้อนเข้าไป (Input) โดยนำแนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (Resource of Management: 4M)¹⁰ มาใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่อง

ที่บ้าน ได้แก่ (1) บุคคลากร (Man) (2) งบประมาณ (Money) (3) ทรัพยากร/วัสดุ (Material) และ (4) การบริหารจัดการ (Management)

2. กระบวนการ (Process) นำกระบวนการพัฒนาระบบ PAOR ของ Kemmis and McTaggart¹¹ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียว (spiral) ที่ต่อเนื่อง มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

3. ผลลัพธ์ (Output) ในการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีการวัดใน 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS และความพึงพอใจของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และ (2) ผลลัพธ์ที่เกิดกับโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ขั้นตอนในการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปลวกแดง ซึ่งสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาได้ ดังนี้ (1) ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง งานเยี่ยมบ้าน และสถาน

บริการเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนยังการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ (2) ระบบการออกติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่ได้กำหนดช่วงเวลาการเยี่ยมที่แน่นอน ขาดการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่ระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ขาดระบบการติดตามประเมินผล และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ และ (3) ระบบการลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยในระบบ Hos xp การลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ทันเวลาที่จะสามารถนำข้อมูลไปเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ได้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน โดยการระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโป่ง ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่องทางการขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่า และกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน โดยให้ทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เป็นทีมหลักในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยตารางการเยี่ยมจะสอดคล้องรวมกับผู้ป่วยทั่วไป

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) นำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ประเมินระบบในระยะที่ 1

ระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) จากการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า (1) ด้านอุปกรณ์ในการสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และที่นอนลม เป็นต้น (2) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เป็นทีมหลัก ทั้งนี้การที่ทีมจากคลินิกดูแลแบบประคับประคองไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน ส่งผลต่อความต่อเนื่องของแผนการรักษา การให้คำปรึกษา ขาดความเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (1) จัดทำโครงการรับบริจาคผ้าเก่าเพื่อต่อลมหายใจใหม่ โดยการขอรับ

บริจาคเสื้อผ้า หรือของใช้เก่าจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และผู้มีจิตศรัทธา แล้วนำมาขายเพื่อซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านได้ ตลอดจนการรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา และได้ตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ วิทยุบุญ ที่นอนลม เป็นต้น ให้ผู้ป่วยเป็นช่องทางด่วนตลอด 24 ชั่วโมง (2) พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยให้มากขึ้นจากทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ (3) จัดตารางเวลาเยี่ยมบ้านในวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก เภสัชกร นักกายภาพ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) นำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ประเมินระบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) จากการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการศึกษาในระยะที่ 2 พบว่า (1) ระยะเวลาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองเพียงเดือนละ 1 วัน ยังไม่เพียงพอ กับจำนวนและความต้องการของผู้ป่วย (2) ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย (3) จากการสำรวจสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพโป่ง พบว่าบางแห่งมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะสามารถให้การสนับสนุน

แก่ผู้ป่วยได้ และ(4) ด้านข้อมูล ปัญหาการเรียกเก็บค่าชดเชย พบว่าการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างงานเยี่ยมบ้าน กับฝ่ายงานแผนและข้อมูลยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) พัฒนาระบบโดย (1) มีการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ เนื่องด้วยในบางสถานบริการสุขภาพจะมีศูนย์ซ่อมอีก และมีอุปกรณ์ที่ได้รับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์จากผู้มีจิตศรัทธา ทั้งนี้แต่ละสถานบริการสุขภาพจะให้การดูแลในพื้นที่ของตนเองก่อน และให้การสนับสนุนเขตพื้นที่ที่อยู่ในโซนของตัวเองที่ขาดแคลน โดยที่ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลปงจะเป็นผู้ที่สนับสนุนเพิ่ม

เต็มในพื้นที่ที่ขาดแคลน หรือกรณีเร่งด่วน (2) มีการเพิ่มวันในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นทุกวันศุกร์ บ่ายของทุกสัปดาห์ (3) ด้านข้อมูลจึงมีการสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างงานเยี่ยมบ้านกับฝ่ายงานแผน และข้อมูลเพื่อให้สามารถเบิกจ่ายค่าได้อย่างครบถ้วน และ (4) ใช้คะแนนจากแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSv2) เป็นตัวกำหนดความถี่ในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe)
นำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)
ประเมินระบบในระยะที่ 3

ตาราง 1 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การรับผู้ป่วย จากคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	1. การรับผู้ป่วย จากหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งหมดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. วิธีการเยี่ยม ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานต่างๆ ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม	2. วิธีการเยี่ยม กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันศุกร์ พร้อมทีมทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้คะแนนจากแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSv2) เป็นเกณฑ์กำหนดความถี่ในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) PPS>70% เยี่ยมทุก 3 เดือน (2) PPS 40-70% เยี่ยมเดือนละครั้ง และ (3) PPS<30% เยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง
3. ทีมเยี่ยม ไม่ได้กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน การออกเยี่ยมขาดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ	3. ทีมเยี่ยม เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก เกสซิกกร นักกายภาพ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน และให้ความสำคัญในการทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย
4. ด้านการสนับสนุน ขาดแหล่งสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย	4. ด้านการสนับสนุน มีศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลปง และเครือข่ายการสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแพทย์ในสถานบริการสุขภาพในชุมชนให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย
5. ด้านข้อมูล ลงบันทึกเฉพาะในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน	5. ด้านข้อมูล ลงบันทึกในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และสแกนลงในระบบ Hos xp มีการเชื่อมต่อข้อมูลในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย

1.1 การเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS

ตาราง 2 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS

ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน		จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมตามระดับคะแนน PPS	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ปี 2560 (ก่อนการพัฒนา)	85	8	9.41	–	–
ระยะที่ 1	31	11	35.48	5	45.46
ระยะที่ 2	64	24	37.50	14	58.34
ระยะที่ 3	46	34	73.91	26	76.47

จากตาราง 2 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา พบว่า ผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนการพัฒนาระบบได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 9.41 ภายหลังการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1–3 คิดเป็นร้อยละ 30.55, 35.48 และ 73.91 ตามลำดับ และผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS จำนวน 5, 14 และ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 45.46, 58.34 และ 76.47 ตามลำดับ

1.2 ความเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน

มีศูนย์การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ศูนย์ของโรงพยาบาลปง และศูนย์ในเครือข่ายในสถาน

บริการในชุมชนเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อเนื่องที่บ้านครบร้อยละ 100 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจการดูแลช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากทีมทำให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านตามความประสงค์ เพราะการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นช่วยให้ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่าย โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจน จำนวน 15,000–20,000 บาทต่อราย ทั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. ผลลัพธ์ที่เกิดกับโรงพยาบาล

2.1 การเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ตาราง 3 ความแตกต่างของจำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา

ระยะเวลา	จำนวนเงินที่เรียกเก็บได้ (บาท)
ปี 2560 (ก่อนการพัฒนา)	30,000
ระยะที่ 1	57,000
ระยะที่ 2	132,000
ระยะที่ 3	169,000

จากตาราง 3 ความแตกต่างของจำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาจำนวนการเรียกเก็บเงินค่าชดเชยเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1-3 เป็นจำนวน 57,000, 132,000 และ 169,000 บาท ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย¹² ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลปทุมธานีเน้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ จากการศึกษาพบว่าทีมเยี่ยมบ้านควรมีการเตรียมความพร้อมได้แก่

1. ด้านบุคลากร (Man) การสนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพราะการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยผู้ที่ได้รับการอบรมฝึกฝนด้านการดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น¹⁴ โดยเฉพาะในด้านการให้คำปรึกษาซึ่งต้องมีความต่อเนื่อง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จะได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น เพราะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้ดูแลเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวแต่ต้องครอบคลุมด้านจิตใจด้วย รวมถึงการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี พบว่าการพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยชัดเจนมีคุณภาพสูงขึ้น¹⁶

2. ด้านงบประมาณ (Money) จากการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน⁸ ดังจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนคือ การบริหารจัดการเรื่องเงินทุน¹⁷ จากผลการพัฒนาระบบครั้งนี้ พบว่าจำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1-3 เป็นจำนวน 57,000, 132,000 และ 169,000 บาท ตามลำดับ ดังจะเห็นได้ว่าการจากการช่วยลดรายจ่าย ยังเป็นการเพิ่มช่องทางรายรับของโรงพยาบาลอีกด้วย

2. ด้านทรัพยากร/วัสดุ (Material) ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านได้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ วิทยุบุญ (ใช้สำหรับผู้ป่วยฟังธรรมะ) และที่นอนลม เป็นต้น เพราะการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน¹⁸ และสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับสำนักการที่ได้กำหนดว่าการประสานข้อมูลและอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลระดับประคับประคองในชุมชน (Palliative Care Community Nurse: PCCN)¹³ จากผลการพัฒนาระบบครั้งนี้มีศูนย์การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้บริการเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้

อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อเนื่องที่บ้านครบร้อยละ 100 การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นช่วยให้ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่าย โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจน จำนวน 15,000-20,000 บาทต่อราย ทั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

3. ด้านการบริหารจัดการ (Management) ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งในโรงพยาบาล เครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชนเพื่อเป็นช่องทางสำคัญในการประสานการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อเพื่อให้การดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่มีการเชื่อมโยงระบบบริการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น¹⁹ และมีกระบวนการติดตาม นำเสนอข้อมูลย้อนกลับแก่ทีม เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO เน้น 6 ด้าน ได้แก่ (1) จุดเน้นในการดูแล คือผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล (2) เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน (3) มีความ

ต่อเนื่องในการดูแล (4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม (5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ (6) เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ด้านคุณภาพบริการกับสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่อยู่ควบคู่กันจะขาดอันใดอันหนึ่งไม่ได้ ซึ่งจะผลการศึกษาก็จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังสามารถช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอัตรากำลังขาดแคลนได้ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาล อันส่งผลดีต่อการจัดสรรงบประมาณให้เกิดความเหมาะสมในการสนับสนุนด้านทรัพยากร วัสดุและการบริหารจัดการต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระบบการติดตามและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ที่แตกต่างกัน
2. การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปง ทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พรินต์ติ้งเอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2560.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติที่สำคัญสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/statistic/statisticalThailand 2011/2.2 pdf>
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2556. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พรินต์ติ้งเอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2557.
4. World Health Organization. Definition of palliative care [homepage on the Internet]. Geneva: The Organization 2002. [Internet]. [Cited 2019 Apr 4]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพมหานคร: อาร์ตควอลิไฟท์ จำกัด; 2559.
6. อรพรรณ พุฒินิโชติ. เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560; 35(4):399-406.
7. โรงพยาบาลปง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปง ประจำปีงบประมาณ 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
8. ชุตินา อรรถสิทธิ์. (2553). การสำรวจการเข้าถึงสถาน

พยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: 2548-2549; 2553.

9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf2557

10. Mahoney, J. T. The management of resources and the resource of management. Journal of business research. 1995; 33(2), 91-101.

11. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner. Geelong: Deakin University Press; 1990.

12. World Health Organization. Pain relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO Geneva. 2002; 2: 83-91.

13. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ปทุมธานี: สื่อตะวัน จำกัด; 2559.

14. ปิยะวรรณ โศภผลากรณ์, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 26(3), 41-51.

15. อัจฉนา ภูน้อย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ: กรณีศึกษา. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3. 2561; 11 (1):61-77.

16. นิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(3):36-50.

17. กมลพร สกุลพงศ์, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์ และเบญจวรรณงามวงศ์วิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษา

บ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27(ฉบับพิเศษ):90-103.

18. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551; 2(2): 1021-30.

19. สมจิตร ประภากร, ศุภรักษ์ มั่นน้อย,ศิริพร สวยพรั่ง,วารสารณั พันธุ์ร่วม และอัญชลี สุขขัง. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็ง.วารสารกองการพยาบาล. 2558; 42(3): 50-68.