

# การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วย ระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

อุปกิน รุ่งอุทัยศิริ\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ๓ ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ, ขั้นการจัดทำแผนการมีส่วนร่วม, และขั้นการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์. การศึกษาพบว่ามี การใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือผ่านการประชุมกลุ่มย่อย, มีการกำหนดนโยบาย การจัดตั้งศูนย์การดูแลประคับประคอง และกำหนดทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย. จากผู้ป่วย ๕๑ ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ๓๕ ราย การให้บริการของศูนย์ที่มากที่สุดคือการสาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเจ้าหน้าที่ไปร่วมงานฉาปนกิจผู้ป่วย ๑๘ ราย. การพัฒนาต้นแบบนี้ดำเนินการตามหลักการมีส่วนร่วม ๔ ประการคือ เริ่มแต่นั้นๆ, คนกลาง, ความจริงใจ และความเหมาะสม. การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าภาระงานของศูนย์บริการมีจุดแข็งคือ มีนโยบายชัดเจน, มีการสื่อสารที่ดี; จุดอ่อนคือ ระบบงบประมาณไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการ. โอกาสพัฒนา คือ การมีบัญญัติเรื่องการมีส่วนร่วมในรัฐธรรมนูญและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข, และภาวะฉุกเฉิน คือ การถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น.

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, การมีส่วนร่วม, ชุมชน

## Abstract

### Prototype Development of Palliative Care Services for End-of-life Patients through Community Participation in Selaphum District, Roi Et Province

Upathin Runguthaisiri\*

\*Selaphum Hospital, Roi Et Province

The purpose of this research was to study the prototype development of palliative care services for end-of-life patients through community participation in Selaphum district, Roi Et Province, between January and September 2008. The aim was to explore and develop continuity of palliative care from the hospital to the community by using three steps in a participatory process, i.e. preparation, planning and implementation phases. Data were collected by using questionnaires and interviews. The results revealed that the participation processes were used throughout the study by consulting and by group discussion. The policy was developed; the palliative care unit was established and team was formed, including hospital staff, health-care workers, volunteers, and patients' relatives. A total of 99 patients were enrolled in the study. The most common group, which in-

\*โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด



cluded 35 patients, comprised those with cancer. The most common services provided were demonstration and skill training for patients' relatives to enable them to take care of the patients at home. There were 18 funeral ceremonies which staff could join. Development of the services had followed the "4S" principles: start early, stakeholders, sincerity and suitability. Situation analysis found the strength of the service was sound policy and good communication between stakeholders, but the weaknesses were budget schemes which did not support the service set up. Opportunities in the participatory process were assigned by the Constitution and the Ministry of Public Health's policy, but there were also threats about staff confusion concerning decentralization to the local government level.

*Key words: end-of-life patients, palliative care, participation, community*

## ภูมิหลังและเหตุผล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลระดับประคอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้<sup>(๑)</sup>. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสลภูมิพบว่ามีความจำเป็นเพิ่มจำนวนมาตลอด ซึ่งเป็นปัญหาที่โรงพยาบาลเสลภูมิประสบอยู่คือปัญหาของการดูแลแบบผู้ป่วยปฏิบัติมีน้อย แต่ภารกิจมากและต่อเนื่อง, ไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้บริหาร, การให้บริการตั้งรับทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการพื้นฐานได้ยาก, อัตราครองเตียงในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงเพราะไม่มั่นใจเมื่อจำหน่ายไปอยู่บ้าน, ค่าใช้จ่ายในการนำส่งผู้ป่วยแต่ละครั้งสูงมาก และผลการหารือถึงความพร้อมของกลุ่มญาติผู้ป่วย อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่ามีความพร้อมสูงและอยากมีส่วนร่วมหากมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยเอง<sup>(๒)</sup>. สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนาและจัดระบบบริการเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะสามารถดำเนินไปได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว, ตลอดทั้งมีความถูกต้องด้านจริยธรรมและด้านกฎหมายในสังคมไทย<sup>(๓,๔)</sup> ได้ นั้น เป็นสิ่งที่ท้าทายและไม่เคยดำเนินการมาก่อน. โรงพยาบาลเสลภูมิจึงได้ริเริ่มโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น เพื่อพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลแบบประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นเชิงคุณภาพ โดยการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม<sup>(๕)</sup>. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษา ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอำเภอเสลภูมิ, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ญาติที่ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน. การดำเนินการมี ๓ ขั้นตอน.

### ขั้นเตรียมการ

- การเตรียมทีมงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรง และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วย.
- การตรวจสอบสถานการณ์ในหน่วยงาน ประกอบด้วย การทบทวนประเด็นและขั้นตอนการปฏิบัติ, มาตรฐานการให้บริการ, รายชื่อผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง, การกำหนดระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรม และการเตรียมการด้านงบประมาณ.
- การประเมินสถานการณ์ภายนอก ประกอบด้วย การกำหนดระดับความสนใจของสาธารณะและชุมชน, ปริมาณและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ, การสอบถามความคิดเห็นเบื้องต้น, การรวมกลุ่มในพื้นที่.

### ขั้นจัดทำแผนการมีส่วนร่วม

- การระบุและวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากความใกล้ชิดกับปัญหา, ประโยชน์ทางเศรษฐกิจ, ประโยชน์ใช้สอย, ความสนใจในมิติทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม, ค่านิยมหรือความเชื่อทางศาสนา และอำนาจที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย, และการวิเคราะห์ความสำคัญและอิทธิพลของ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

- การคาดการณ์ระดับอภิปราย โดยพิจารณาจากการสอบถามถึงการขัดแย้งในอดีต, ประเด็นการเมืองที่อาจเกี่ยวข้อง, เหตุผลของการรวมกลุ่ม.

- การระบุเป้าหมายของการมีส่วนร่วม โดยกำหนดอยู่ ๔ ชั้น คือ ๑) ชั้นการระบุปัญหาหรือความต้องการ, ๒) ชั้นการศึกษาทางเลือก, ๓) ชั้นการประเมินทางเลือก, และ ๔) ชั้นการเลือกทางเลือก.

- การระบุเงื่อนไขพิเศษของชุมชน เพื่อพิจารณาว่าชุมชนหรือพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือประเด็นที่ตัดสินใจ, มีลักษณะหรือเงื่อนไขพิเศษที่อาจกระทบต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมหรือไม่.

- การเลือกเทคนิคและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเมื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้เลือกเทคนิคการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ ผ่านกระบวนการประชุมกลุ่มย่อย, มีการสอบถามความคิดเห็น, วิเคราะห์ประเมินและปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องมากขึ้น.

- การเขียนแผนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ความคิดชัดเจนและก่อให้เกิดความร่วมมือ ช่วยในการประสานงาน และสามารถสื่อสารกับประชาชนได้ง่ายขึ้น.

**ขั้นการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ** ได้แก่

- การจัดทำแผนปฏิบัติการของแต่ละกิจกรรมการมีส่วนร่วม.

- การดำเนินงานตามแผน.

- การวิเคราะห์และประเมินผล.

**ระยะเวลาการศึกษา** เดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐.

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบประเมินความพึงพอใจ.

## นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

**ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต** หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (คือ ระยะเวลาเป็นวันหรือเดือน), ไม่มีทางรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ให้หายได้,

ผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะทรุดลงเรื่อย ๆ, ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้และเสียชีวิตในที่สุด<sup>(๖)</sup> โดยแพทย์โรงพยาบาลเสลภูมิเป็นผู้ให้การวินิจฉัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ.

**การดูแลระดับประคอง** หมายถึงการดูแลเชิงรุกแบบเป็นองค์รวมในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต, การให้การดูแลจัดการด้านความปวดและอาการไม่สบายทางกายพร้อมไปกับการดูแลปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายประสงค์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตระหนักถึงกระบวนการตายของผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นปกติโดยไม่เร่งหรือยืดชีวิต รวมไปถึงการจัดการกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญกับเหตุการณ์ระหว่างการดูแลรักษาและภายหลังการเสียชีวิต. การส่งเสริมให้การดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึงการทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์จากอาการต่าง ๆ ส่งเสริมสมรรถภาพชีวิตภายใต้การยอมรับต่อความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ศาสนา และการปฏิบัติในความเป็นบุคคล<sup>(๗-๙)</sup>.

## ผลการศึกษา

จากขั้นเตรียมการทำให้ทราบสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ โดยพบว่าผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนทั้งอาสาสมัครและประชาชนทั่วไปให้ความสนใจมาก จึงมีการกำหนดและแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการที่ชัดเจน.

ในขั้นการจัดทำแผนการมีส่วนร่วม ได้มีการจัดกิจกรรมและผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑) มีการกำหนดเป็นนโยบาย คือ ให้ถือว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเป็นนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ.

๒) มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลระดับประคอง ณ โรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อให้เกิดความสะดวก, คล่องตัวในการประสานงาน และสามารถพัฒนาตัวเองได้อย่างมีรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ, โดยให้เป็นศูนย์กลางการจัดการให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านของผู้ป่วยผ่านเครือข่ายผู้ดูแล, ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการประสานเพื่อให้ได้รับการ



สงเคราะห์ในด้านอื่นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<sup>(๘)</sup>.

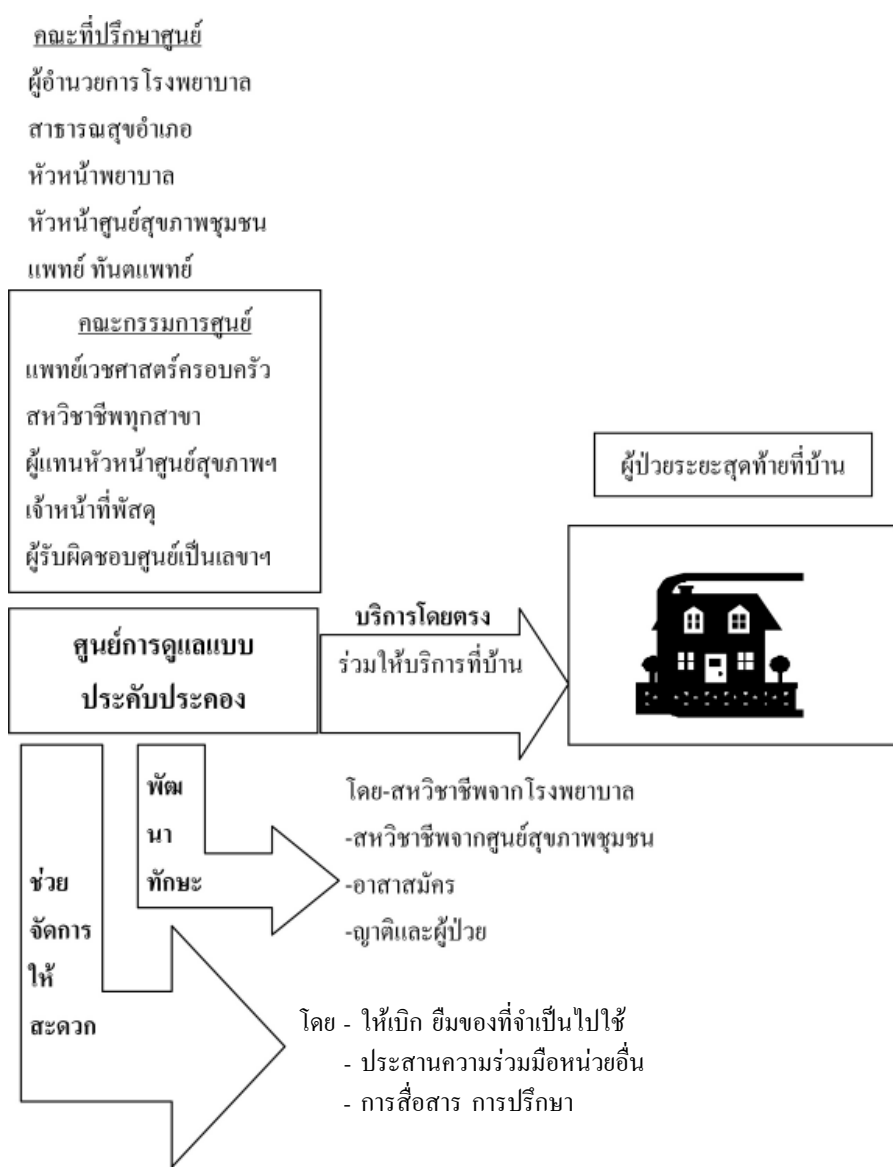
๓) กำหนดทีมดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน, อาสาสมัครระดับ หมู่บ้าน, ญาติผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเอง และกำหนดกิจกรรม ของทีม.

๔) เกิดความเห็นพ้องกันว่าระบบการดูแลระดับ ประคองจะต้องพัฒนาต่อเนื่อง ปฏิบัติได้และเป็นที่ยอมรับใจ ของผู้เกี่ยวข้องทั้งระบบ ให้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ ถูก ออกแบบการทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากทีมดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้อง

มีการรายงานผลงาน, สรุปการประเมินปัญหาและข้อปรับปรุง ระบบทุกๆ ๓ เดือน.

๕) ระบบการดูแลระดับประคองโรงพยาบาลเสลภูมิ ตามมติที่ประชุมเชิงปฏิบัติการที่อย่างมีส่วนร่วมจากทีมดูแล ผู้ป่วย มีมติและกิจกรรม ดังนี้

- ตั้งศูนย์การดูแลแบบประคอง ประคอง ดำเนิน การโดยมีสถานที่ตั้งศูนย์ฯ และบุคลากรรับผิดชอบ ทำหน้าที่ เป็นศูนย์บริการและประสานงานเพื่อขอเบิกยา วัสดุ เครื่องมือ การแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน, ศูนย์ข้อมูล, ศูนย์การ



แผนภูมิที่ ๑ หลักการการดูแลแบบประคอง

พัฒนามาตรฐานบริการ, ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในและเครือข่าย.

- กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยอวัยวะล้มเหลว (เช่น ไตล้มเหลว, หัวใจล้มเหลว, การหายใจล้มเหลว), ผู้ป่วยอัมพาต, ผู้ป่วยหมดสติจากโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้พิการที่มีปัญหาซับซ้อน, ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่ร้องขอ.

๖) กำหนดระบบประสานข้อมูล.

๗) พัฒนามาตรฐานการผานวิชาการสหวิชาชีพเพื่อเป็นปฏิบัติการในการดูแลรายโรค และจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติและเครือข่ายอาสาสมัคร.

๘) กำหนดการประเมินผลเพื่อพัฒนาต่อเนื่องทุก ๓ เดือน โดยมีมุมมองเพื่อการประเมินผล ด้านประสิทธิภาพ ดูจากเวลาในกระบวนการนำเข้าสู่ข้อมูลและประสานกิจกรรมบริการ ถูกต้องครบถ้วน, การรายงานถูกต้องครบถ้วน. ความคุ้มค่า ดูจากรายจ่ายด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ได้แก่ ค่าวัสดุ ค่าตอบแทน ค่าเดินทาง เมื่อเทียบกับสิ่งที่ได้ คือ ความพึงพอใจ, ผลกระทบด้านอื่น ๆ เช่น ภาพพจน์, ความรู้สึกระงอนของ

เครือข่ายผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินการ.

**ขั้นการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ** มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจำนวน ๔๑ ราย. ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการแสดงในตารางที่ ๑. ลักษณะของความต้องการและการให้ความช่วยเหลือแสดงในตารางที่ ๒.

การประเมินความคิดเห็น, ความพึงพอใจ, การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล ๔๑ คน, ความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพของศูนย์

**ตารางที่ ๑** จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

	ราย
มะเร็งทุกชนิดระยะสุดท้าย	๓๕
อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว เช่น ไต ตับ หัวใจ	๒๔
ผู้พิการที่มีปัญหาซับซ้อน	๑๗
ผู้ถูกทอดทิ้ง	๔
ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน	๑๑
<b>รวม</b>	<b>๕๑</b>

**ตารางที่ ๒** บริการของศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

บริการ	ราย / ครั้ง
สาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่นการให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลออกซิเจน การพ่นยา การทำกายภาพบำบัด การจัดการกับความปวด	๕๑/๕๑
ให้ยืมเครื่องดูดเสมหะ	๑/๑
ให้ยืมรถเข็น	๓/๓
ให้ยืมเตียงปรับระดับ	๓/๓
สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น กระบอกให้อาหาร, ชุดทำแผล, สายดูดกระเพาะ/หลอดลม อุปกรณ์พ่นยา	๔๑/๒๐๑
บริการรถรับมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการฉุกเฉิน	๑๑/๑๑
บริการรถส่งกลับบ้าน	๑๕/๑๕
ให้ยืมออกซิเจนพร้อมถังและอุปกรณ์	๒๔/๖๗
ประสานงานเพื่อให้ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและถูกทอดทิ้งได้รับความช่วยเหลือ	๔/๔
เยี่ยมและให้บริการที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ	๓๔/๘๓
เยี่ยมและให้บริการที่บ้าน โดยเครือข่าย	๒๕/๔๖
เยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	๕๑/๑๒๑
ร่วมงานฌาปนกิจ	๑๘/๑๘



สุขภาพชุมชน ๑๘ คน, ความคิดเห็นของเครือข่ายอาสาสมัครระดับหมู่บ้านและผู้ดูแล ๒๐๑ คน และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย ๙๑ คน พบว่า

- ทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล ๔๑ คน มีร้อยละ ๙๔.๒๔ ที่เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการดำเนินงานรูปแบบนี้, ร้อยละ ๑๐๐ เห็นว่าควรดำเนินการต่อเนื่องต่อไปและควรขยายไปสู่กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ, ร้อยละ ๓๙ คิดว่าโครงการนี้เพิ่มภาระงาน, และร้อยละ ๒๒.๒ คิดว่ายังมีปัญหาในการประสานงานสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม. ร้อยละ ๙๕.๑ มีความตระหนักในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และร้อยละ ๑๐๐ ให้ความสำคัญต่อบทบาทของวิชาชีพอื่น.

- ทีมสหวิชาชีพของศูนย์สุขภาพชุมชน ๑๘ คน มีร้อยละ ๘๘.๘๘ ที่เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการดำเนินงานตามโครงการ, ระบบการส่งต่อ, การให้การปรึกษาและการประสานงาน; ร้อยละ ๒๒.๒ รู้สึกว่ายังขาดความรู้ทักษะความมั่นใจในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม.

- เครือข่ายอาสาสมัครระดับหมู่บ้านและผู้ดูแล ๒๐๖ คน มีร้อยละ ๕๔.๘ ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งและสามารถปฏิบัติตามโครงการได้, ร้อยละ ๔๐.๓ เห็นด้วย, ร้อยละ ๙.๒ ขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลและการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย ๙๑ คน มีร้อยละ ๖๐.๕ พึงพอใจในระดับสูงที่สุด, ร้อยละ ๓๙.๕ พึงพอใจระดับสูง; ที่ต้องปรับคุณภาพเพิ่มเติมคือความมั่นใจในผลการรักษาของแพทย์และพยาบาล มี ร้อยละ ๑๘.๙.

- ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย ๙๑ คน ร้อยละ ๖๑.๕ พึงพอใจในระดับมากที่สุด, ร้อยละ ๓๙.๕ พึงพอใจระดับมาก, ที่ต้องปรับคุณภาพเพิ่มเติมคือความมั่นใจในผลการรักษาของแพทย์และพยาบาล มี ร้อยละ ๑๘.๖.

**สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ** จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจพบว่า

- **ด้านผู้ป่วย** พึงพอใจมากที่สุดเพราะรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและใกล้ชิดที่บ้านของตนเองจากทีมผู้ดูแลที่มั่นใจ, มีความสะดวกและทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อน

เนื่องจากมีयरระดับความปวดอย่างแรงใช้ที่บ้าน<sup>(๙-๑๑)</sup> มีวัสดุและเครื่องมือแพทย์ช่วยสนับสนุน เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ, เครื่องพ่นยา ซึ่งเบิกมาใช้ได้ง่าย, เป็นบริการที่ไม่ได้คาดคิดว่าจะเป็นไปได้.

- **ด้านญาติผู้ป่วย** พึงพอใจมากที่สุดเพราะลดค่าใช้จ่ายในการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล, ไม่เสียเวลาการทำงานประจำวัน, ได้เยี่ยมผู้ป่วยใกล้ชิดและบ่อยขึ้น, มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ศูนย์ ทำให้สามารถปรึกษาหรือรายงานเมื่อเกิดผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง และมีการประสานความช่วยเหลือด้านอื่นนอกเหนือจากด้านบริการสุขภาพ, มีการประสานการดูแลและให้กำลังใจหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต.

- **ด้านเครือข่าย/ผู้ดูแล** ที่เห็นด้วยมากที่สุดเพราะเนื่องจากมีศูนย์ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว, สามารถติดต่อประสานงานโดยเฉพาะทางโทรศัพท์, มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากได้รับการสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคการดูแลผู้ป่วย, มีความมั่นใจเพราะมีพี่เลี้ยงคือเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน.

- **ด้านสังคม** ที่เห็นด้วยมากที่สุดเพราะมีญาติที่ป่วยและได้รับการดูแลจากศูนย์ ได้เห็นภาพการบริการจากเครือข่ายผู้ดูแลแบบใกล้ชิดภายในชุมชนของตน อยากมีบทบาทเป็นผู้ช่วยสนับสนุนในหลายรูปแบบ.

- **ด้านโรงพยาบาล** สามารถลดอัตราค่าเลี้ยงเนื่องจากใช้เจ้าหน้าที่ศูนย์คนเดียว ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียวจากเดิมที่ต้องให้บริการหลายจุด ได้แก่ พนักงนแปล, เวชระเบียน, ห้องตรวจแพทย์, ห้องจ่ายยา, เจ้าหน้าที่พัสดุ เป็นต้น, ลดขั้นตอนการเดินทางประสานในจุดต่างๆทั้งเจ้าหน้าที่ภายในและญาติผู้ป่วยที่มาเบิก/ยืมของ, ลดอัตราครองเตียง และอัตรารับซ้ำของเตียงบริการผู้ป่วยใน และลดความแออัดที่เตียงบริการทุกเตียง เนื่องจากผู้ป่วยและญาติจะมาติดต่อที่ศูนย์จุดเดียว.

**การวิเคราะห์ด้านการเงินและวันนอนโรงพยาบาล** พบว่า

ก. วันนอนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเฉลี่ยลดลงจากเดิม ๕.๗ วัน เป็น ๓.๘๙ วัน, ใช้จ่ายของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย เฉลี่ย ๑,๖๕๐ บาท/วัน (ค่าห้อง+อาหาร ๒๐๐ บาท/วัน,

ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ๓๐๐ บาท/วัน, ค่าออกซิเจนเฉลี่ย ๔๕๐ บาท/วัน, ค่าเวชภัณฑ์และการตรวจชั้นสูตรเฉลี่ย ๖๐๐ บาท/วัน, ค่าใช้จ่ายอื่น ๑๐๐ บาท), จำนวนวันนอนลดลง, ค่าใช้จ่ายลดลงจากเดิม เฉลี่ยคนละ ๒,๙๘๖.๕๐ บาท. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถลดวันนอนได้จากบริการระบบนี้ ๗๐ คน (๙๑ คนหักลบด้วยกลุ่มผู้ถูกทอดทิ้งและผู้พิการที่มีปัญหาซ้ำซ้อน), ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน<sup>(๑๒-๑๓)</sup> ลดลงประมาณ ๒๐๙,๐๕๕ บาท.

ข. ค่าใช้จ่ายด้านการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่ลดลงจากระบบบริการนี้ประมาณ ๒๐๐ ครั้ง, มูลค่าการเหมาจ้างรถมาโรงพยาบาลครั้งละเฉลี่ย ๕๐๐ บาท คิดเป็นมูลค่ารายจ่ายของญาติผู้ป่วยที่ลดลง ๑๐๐,๐๐๐ บาท, ไม่รวมการเสียเวลาทำงานของญาติในการนำส่ง.

รวมค่าใช้จ่ายที่ประหยัด จากข้อ ก. และ ข. ประมาณ ๓๐๙,๐๕๕ บาท.

ค. รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นได้แก่ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงของรถโรงพยาบาลในการไปรับส่งผู้ป่วย, การเยี่ยมบ้าน, การให้ยืมเครื่องมือแพทย์เครื่องใหญ่ รวมประมาณ ๑๐๐ ครั้ง ประมาณรายจ่าย ๓๐,๐๐๐ บาท. ค่าจัดการประชุมวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบ ๓ ครั้ง การพัฒนาบุคลากร ๒ ครั้ง และการพัฒนาโปรแกรมระบบสารสนเทศ รวมงบประมาณ ๙๕,๐๐๐ บาท (ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพัฒนาและวิจัยระบบสุขภาพชุมชน), ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้บริการนอกเวลาราชการจำนวน ๓๐ ครั้ง และเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานของศูนย์ฯ ครุภัณฑ์สำนักงานประมาณ ๕๐,๐๐๐ บาท, ส่วนค่าสาธารณูปโภค ค่าวัสดุอื่น ๆ ไม่ได้เก็บข้อมูลในการศึกษา.

ง. ค่าใช้จ่ายในการจัดหาเครื่องมือแพทย์ไว้ที่ศูนย์เพื่อให้ยืมไปใช้ที่บ้านประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ บาท, ไม่ได้นำมาคิดรวมเป็นรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นการยืมไปใช้ที่บ้านแล้วส่งคืนศูนย์.

รวมรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นของระบบในเวลา ๙ เดือน เพิ่มขึ้นประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ บาท. สรุปในภาพรวมของการเงินในระบบบริการ ประหยัดรายจ่ายได้ ๑๓๔,๐๕๕ บาท.

## วิจารณ์

การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเสลภูมิ มีหลักปฏิบัติเป็นบริการเชิงรุกองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ<sup>(๗,๑๔)</sup>ร่วมกับญาติผู้ป่วยหรือแม้แต่ผู้ป่วยเองที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่นใกล้เคียงกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง<sup>(๑๕,๑๖)</sup>. หลักการบริการนี้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของทีมดูแลและสามารถจัดการเพื่อเข้าถึงหลาย ๆ มิติที่ต้องการอย่างคล่องตัว, สอดคล้องกับคำนิยามการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก.

จากการประเมินผลการศึกษา ๙ เดือน พบว่าทุกกลุ่มที่ประเมินมีความพึงพอใจมาก, โดยเฉพาะกลุ่มญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด เป็นเพราะได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่บ้านของเขาเอง ซึ่งยาและเวชภัณฑ์เหล่านี้ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าถึงอยู่แล้วเมื่อเดินทางมาโรงพยาบาล จึงลดภาระการนำส่งโรงพยาบาลลงได้หลายครั้งต่อคน. เมื่อประเมินจำนวนครั้งของการเดินทางได้ประมาณ ๔๐๐ ครั้ง, มูลค่าการเหมาจ้างรถมาโรงพยาบาลครั้งละเฉลี่ย ๕๐๐ บาทเป็นมูลค่ารวมกันถึง ๒๐๐,๐๐๐ บาท, ยังไม่รวมการเสียเวลา. สิ่งผู้ป่วยและญาติได้สัมผัสคือ ความอบอุ่นอย่างใกล้ชิดจากทีมดูแลซึ่งได้แก่ สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล, จากศูนย์สุขภาพชุมชน, จากอาสาสมัครร่วมกับญาติของเขาเองที่ไม่เคยมีมาในอดีต เป็นสิ่งที่สร้างความประทับใจจนได้การตอบรับการประเมินเช่นนี้.

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญมาก โดยปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๗ ที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาในเรื่องดังกล่าว”.



กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่โรงพยาบาล  
เสลภูมิใช้มีความสอดคล้องกับหลักการของการบริหาร  
กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งยึดหลัก ๔ เอส คือ

**เอส ๑** การเริ่มต้นเร็ว (start early) เริ่มตั้งแต่ระยะ  
แรกของการดำเนินงาน, มีการให้ข้อมูล กระตุ้นให้เกิดความ  
คิดเห็น และให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนก่อน  
การตัดสินใจ.

**เอส ๒** ทุกฝ่ายร่วมรับผิดชอบ (stakeholders)  
ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้อง, มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่าง  
กว้างขวาง ผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายไม่ว่า  
โดยตรงหรือโดยอ้อม.

**เอส ๓** ความจริงใจ (sincerely) มีการจัด  
กระบวนการอย่างจริงใจ เปิดเผย ซื่อสัตย์ ปราศจากอคติ ให้  
เกียรติซึ่งกันและกัน, มีการสื่อสารสองทางอยู่ตลอดเวลา, โดย  
เฉพาะการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและพอเพียง.

**เอส ๔** วิธีการที่เหมาะสม (suitability) มีการเลือก  
เทคนิคหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยคำนึงถึง  
ความเหมาะสม, ความหลากหลายและลักษณะที่แตกต่างกัน  
ของพื้นที่และของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง.

นอกจากนี้กระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล  
เสลภูมิยังได้มีการวางแผนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมี  
ประสิทธิผลโดยประกอบด้วย ๓ ขั้นตอนหลัก คือ ๑) ขั้น  
เตรียมการ, ๒) ขั้นการจัดทำแผนการมีส่วนร่วม, และ ๓) ขั้น  
การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ. หลักการและขั้นตอนการดำเนิน  
การเช่นนี้ได้ทำให้การบริหารจัดการกระบวนการมีส่วนร่วม  
ของประชาชนในการจัดตั้งและดำเนินการศูนย์การดูแลประ  
คับประคองของโรงพยาบาลเสลภูมิมีประสิทธิผลและประสบ  
ความสำเร็จ, อย่างน้อยก็ในระยะแรกของการดำเนินงานซึ่ง  
พิจารณาจากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง  
ทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน, ผู้ป่วยและญาติ, ตลอดทั้งอาสา  
สมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน.

สำหรับมุมมองของสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลเสลภูมิและ  
ศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยและคิดว่าน่าจะ  
ขยายผลไปสู่กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากพบว่าสามารถลด

ภาระงานและได้สัมผัสบรรยากาศการให้บริการที่บ้านผู้ป่วยเอง  
เป็นมิติทางจิตวิญญาณและจรรยาบรรณวิชาชีพ.

ด้านการจัดบริการ พบว่าทั้งทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย  
ผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจเรื่องความรู้และทักษะบางเรื่องที่มีขีด  
จำกัดด้านการประสานงาน, การสื่อสาร และการเข้าถึงข่าวสาร.

มุมมองด้านรายจ่ายพบว่ารายจ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้นประกอบ  
ด้วยค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในการตามไปให้บริการที่บ้าน, ค่า  
จัดการประชุมและฝึกอบรมพัฒนาบุคลากร และค่าใช้จ่ายพื้น  
ฐานเพื่อการดำเนินงานของศูนย์ฯ ซึ่งไม่สามารถเก็บข้อมูลได้  
ครบถ้วน. แต่ระบบบริการนี้ได้ก่อให้เกิดความประหยัดแก่  
รายจ่ายของผู้ป่วยที่จะต้องเดินทางไปมาระหว่างบ้านกับโรง  
พยาบาล และสามารถลดระยะเวลาของบุคลากรอื่นในระบบ  
บริการที่เคยให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงนับได้ว่ามีความคุ้มค่าสูง.  
สิ่งที่เห็นความคาดหวัง คือ กระแสการตอบรับของสังคมจาก  
การที่ญาติผู้ป่วย, ผู้พบเห็น รวมถึงคหบดีและผู้มีจิตศรัทธา  
ต่อการดำเนินงานของศูนย์ฯ ได้ร่วมบริจาคเครื่องมือแพทย์  
และเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในกิจกรรมการพัฒนาศูนย์ฯ จำนวน  
มากและต่อเนื่อง. ณ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑ มียอดเงิน  
บริจาคประมาณสามแสนห้าหมื่นบาท และเครื่องมือแพทย์  
ของผู้ป่วยที่ล่งลับเคยใช้บริจาคให้แก่ศูนย์ฯ กว่า ๓๐ รายการ.  
เมื่อประเมินบริบทปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๑) และวิเคราะห์จุด  
แข็งจุดอ่อนโอกาสพัฒนา และสิ่งคุกคาม (SWOT analysis)  
แล้ว ได้ผลการประเมิน ดังนี้

๑. จุดแข็งได้แก่ การประกาศเป็นนโยบายของคณะ  
กรรมการบริหารโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ  
อำเภอเสลภูมิ, องค์กรความรู้พื้นฐานของเครือข่ายผู้ดูแลดีขึ้น,  
ทั้งทักษะ, ประสบการณ์และเจตคติ, การพัฒนาเทคโนโลยี  
สารสนเทศเพื่อการเข้าถึงบริการ, การสื่อสารในเครือข่าย, การ  
พัฒนาระบบเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง.

๒. จุดอ่อนได้แก่ระบบงบประมาณหลักประกัน  
สุขภาพไม่เอื้ออำนวยให้เกิดภาพบริการในรูปแบบนี้ เช่น การ  
นับผลงานจำนวนวันนอนและการรายงานกิจกรรมบริการตาม  
DRGs ของผู้ป่วยในและการนับปริมาณบริการครั้งของบริการ



ผู้ป่วยนอก, ภาระงานความรับผิดชอบมากของสหวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้ไม่มีเวลาทุ่มเทดำเนินการตามมาตรฐานที่กำหนด. การประสานระหว่างหน่วยงานราชการเนื่องจากภาคบริการสุขภาพระดับอำเภอยังคงเป็นต่างสังกัดการบังคับบัญชา.

๓. โอกาสพัฒนา ได้แก่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีสาระที่เกี่ยวข้องหลายประเด็น. การประกาศเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการแก้ปัญหาที่ต้องเกิดขึ้นในระดับชุมชน, การพัฒนากระบวนการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กระแสความนิยมของชาวบ้านซึ่งหึงยกย่องชมเชยและสนับสนุนกิจกรรมนี้.

๔. ภาวะคุกคาม ได้แก่ ความสับสนต่อการถ่ายโอนสังกัดในกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการปรับเปลี่ยนสถานภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากข้าราชการสังกัดส่วนภูมิภาคไปเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น.

โอกาสการพัฒนาและการปรับปรุงรูปแบบของศูนย์ฯ ในอนาคต และระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเสลภูมิ โดยมีศูนย์รับผิดชอบเฉพาะน่าจะเป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกต้นแบบเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไปได้ เพราะเป็นแนวทางที่ช่วยลดภาระงาน ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของระบบบริการสุขภาพ, สามารถเพิ่มความพึงพอใจและศรัทธาได้เป็นอย่างดี. อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาด้านทุนและผลกระทบเชิงคุณภาพเพิ่มเติม.

## สรุป

การศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยทีมผู้ดูแล ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน, อาสาสมัคร, ญาติและตัวผู้ป่วยเอง มีระบบประสานข้อมูล พัฒนาความรู้และการสนับสนุนวัสดุและบริการให้ยืมเครื่องมือแพทย์ไปใช้ที่บ้าน ทำให้เกิดความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดในทุกกลุ่มที่สำรวจ, ผลตอบรับเป็นอย่างดีจากสังคมทั้งด้านการสนับสนุน

ความเข้าใจภารกิจและภาพพจน์ของทีมบริการ, แต่ก็ยังมีจุดที่ต้องปรับปรุงในการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของเครือข่าย และการประสานงานที่เป็นระบบ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล. ข้อเสนอแนะควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปสู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผู้พิการหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและควรมีการประเมินผลปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลชุมชนอื่นต่อไป.

## กิตติกรรมประกาศ

คุณฐิติมา โพธิ์ศรี ผู้รับผิดชอบศูนย์การดูแลแบบประคับประคองได้รวบรวมผลงานนี้. คุณประภัสสร ชาววัง หัวหน้าศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลขอนแก่น และ นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัตมีกุล กรุณาให้คำแนะนำ.

## เอกสารอ้างอิง

๑. ลักขมี ชาญเวช (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; ๒๕๔๗.
๒. ฐิติมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๐.
๓. สดาวรรณ สิลาพันธ์. การดูแลแบบประคับประคอง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ประเด็นจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย. เชียงใหม่: สถาบันการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๖
๔. จอนณะจาง เพ็งจาด. การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วิทยาสารพยาบาล ๒๕๔๗; ๒๕: ๘๒-๘๐.
๕. อรรถ กักผล. การมีส่วนร่วมของประชาชน. ใน: พัชรีย์ สิโรตและคณะ. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๔๖. หน้า ๒-๑ - ๒-๑๖.
๖. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care :social, ethical, and practical consideration. Am Med J 2002;110:283-7.
๗. อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพยาบาลแบบประคับประคอง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๔๘ เรื่องการเสริมสร้างองค์ความรู้สู่คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย. [ม.ป.ท.]: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; ๒๕๔๘.



๘. ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; ๒๕๔๕.
๙. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การดูแลรักษาสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (ข้อพิจารณาทางคลินิก). ใน : สมบัติ ศรีประเสริฐ สุข (บรรณาธิการ). ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีจำกัด; ๒๕๔๖.
๑๐. Lack SA. The Hospice concept : the adult with advanced cancer. Proceedings of the American Cancer Society Second National Conference on Human Value and Cancer. Chicago: American Cancer Society, 1977.
๑๑. เต็มศักดิ์ พึ่งศรี. การบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; ๒๕๔๒.
๑๒. จิราภรณ์ ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๓.
๑๓. พัชรนฤมล W. A study of unit cost of out-patient and in-patient services of Khon Kaen Hospital in the fiscal year 1996. A thesis for the master degree of science in health development, Department of Medicine, Graduate School, Chulalongkorn University, 1997.
๑๔. ธนเดช สิ้นธุเสก. การดูแลแบบประคับประคอง. ใน : ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๖.
๑๕. นุศ ทิพย์แสนคำ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน : ประสบการณ์ดูงาน ณ ประเทศ ออสเตรเลีย. วารสารก่อการณย์ ๒๕๔๖;๑๑:๕๓-๖๑.
๑๖. สิริินทร์ ศาสตรานุกรักษ์. พยาบาลกับงาน Palliative care. ใน: ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๖.