

การพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
จังหวัดมหาสารคาม
Development of a Community-Based Hospital Care Center Service System
for End of Life Care in Maha Sarakham Province

ชมพูนุช พายูหะ¹, สิริมาพร นาศพัฒน์¹, เพราพนิต สอนสิทธิ์¹, กาญจนา จันทะนุย์²
Chomphoonuch Payuha¹, Sirimaporn Nassapat¹, Prowpanit Sonsit¹, Kanjana Chanthanui²

¹ Mahasarakham Provincial Public Health Office

² Yangsisurach Hospital, Mahasarakham Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการและประเมินผลระบบบริการศูนย์ชีวิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการพัฒนาระบบบริการ ตามแนวทาง Six Building Blocks of A Health System ระยะเวลาวิจัย เดือน ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2568 ประเมินผลการพัฒนาระบบจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวม 2,186 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า มีการพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) การจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการดูแลรักษาโดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ การบริหารจัดการศูนย์ชีวิบาลตามมาตรฐาน จัดระบบสนับสนุนทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 2) การจัดการระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมี Project Manager และ Case Manager เพื่อประสานงาน พัฒนาและเชื่อมโยงทั้งระบบ จัดทำแนวทางการดูแล แนวปฏิบัติทางคลินิก ไลน์กลุ่ม ระบบการให้คำปรึกษา,ระบบส่งต่อ ,ระบบข้อมูลพร้อมทั้งนำสื่อเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดูแล 3) พัฒนาทรัพยากรบุคคลตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้ดูแลในครอบครัว ให้มีศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลการประเมิน พบว่า จังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดศูนย์ชีวิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลุมทุกอำเภอ 12 แห่ง บุคลากรที่มีสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ร้อยละ 100 มีการประชุมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 96.75 การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 89.20 ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 93.45

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่พัฒนาขึ้นจากการจากการมีส่วนร่วมและนำ Six Building Blocks of A Health System มาเป็นแนวทางดำเนินงาน สามารถทำให้เกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการจัดสรรสนับสนุนทรัพยากรได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับเข้าถึงบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณที่เหมาะสมจนถึงวาระท้ายของชีวิต

คำสำคัญ : ระบบบริการ, ศูนย์ชีวิบาล, ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the community-based hospital care center service system for end-of-life care in Maha Sarakham Province. The service system was developed collaboratively by a multidisciplinary team based on the World Health Organization's guidelines: "6 Building Blocks of a Health System." The research period was December 2023 - March 2025. The system development was evaluated based on the outcomes of end-of-life care for 2,186 patients at the community-based hospital care center. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including counts and percentages. Content analysis was used for qualitative data.

The results of the study revealed that the community-based hospital care center service system for end-of-life care was developed. Maha Sarakham Province consists of 1) organizing a system to support the provision of care services by driving operations through provincial and district level committees, managing life care centers according to standards, organizing a system to support resources and medical equipment; 2) managing an efficient care system with a Project Manager and Case Manager: CM (Palliative Care Nurse) to coordinate, develop and link the entire system. Develop care guidelines, CPG manuals, media, LINE groups, a consulting system, a referral system, and an information system, along with integrating technology into care. 3) Develop human resources based on the competencies of each profession, both within hospitals and within professional nurses in subdistrict health promotion hospitals. This includes developing village health volunteers (VHVs) and family caregivers to enhance their capacity to provide continuous care at home. Evaluation revealed that Maha Sarakham Province has established and opened community hospital lifecare centers that meet the standard criteria in all 12 districts 100%, 100% of the multidisciplinary team's competency was developed, with 96.75% of families participating in family meetings. High-quality advance care planning was provided for palliative care patients 89.20% and for patients with the good death 93.45%.

Conclusion: The development of a community-based hospital lifecare center service system for end-of-life care, developed through participation and using the Six Building Blocks of a Health System as a guideline, has resulted in efficient service delivery that addresses the needs of end-of-life care and adequately allocates resources. This results in patients having access to comprehensive care services that cover their body, mind and spirit, appropriately until the end of life.

Keywords : Service System, Hospital Care Center, End of Life Care

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขโดยจัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยตั้งหลักก่อนที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Retreat)” เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 45 โครงการ โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

ทั้งนี้ แผนงานที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ 18 การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการดูแล Palliative Care เป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เนื่องจากสถานการณ์ประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาวะสังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2580 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรไทย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะเป็นจังหวัดที่มีประชากรกระจายตัวในชุมชนชนบท มีระดับการศึกษาและรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ และมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นความท้าทายสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเป็นลำดับ จากนโยบายการจัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาล (Palliative Care Center) ในโรงพยาบาลชุมชน ที่มุ่งเน้นการจัดบริการดูแลให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ตั้งแต่การดูแลในรพ.และเชื่อมโยงระบบ Primary Health Care จนถึงบ้าน/ชุมชน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีภารกิจรับผิดชอบการจัดบริการระบบสุขภาพในทุกอำเภอ ซึ่งการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและพัฒนาศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 12 แห่ง เพื่อเชื่อมโยงการดูแลในชุมชนก็เป็นอีกหนึ่งภารกิจที่สำคัญ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยระยะท้าย ปี 2566-2567 มีจำนวน 1,926 คน และ 2,510 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) และจากการทบทวน ตามแนวคิดแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System) (WHO, 2007) เกี่ยวกับระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ศูนย์ชีวาภิบาลในรพ. พบว่า (1) ด้านโครงสร้าง สภาพแวดล้อมในรพ. ความเป็นส่วนตัวยังน้อยอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วย (2) กระบวนการทำงาน มีการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

แต่ละอำเภอยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน มีการจัดบริการแต่รูปแบบยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง แต่ไม่ครอบคลุมต่อการสนองตอบความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว (3) ด้านการประเมินผลลัพธ์ พบว่าระบบการบันทึกข้อมูลยังไม่ครอบคลุมทำให้ไม่สามารถติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลสุ่มชน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในทุกโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติเดียวกันครอบคลุมทั้งจังหวัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (กิตติยา วงษ์จันทร์, 2561) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ”(Six Building Blocks of A Health System) (WHO, 2007) ประกอบด้วย 1) Service Delivery 2) Health Workforce 3) Information System 4) Medical Products, Vaccines & Technologies 5) Financing 6) Leadership/Governance โดยศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลสุ่มชน จังหวัดมหาสารคาม 12 แห่ง ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการศึกษาก็จะสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินการกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดีระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือน ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2568

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ 1.1 ทีมสหวิชาชีพในรพ.ทุกแห่ง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล Palliative care เภสัชกร แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลละ 3-5 คน รวม 50 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างน้อย 1 ปี 1.2 ตัวแทนพยาบาล รพ.สต. อำเภอ ละ 2 คน รวม 24 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างน้อย 1 ปี 1.3 ตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน ,อปท. รวม 20 คน 1.4 ตัวแทนผู้ป่วยระยะสุดท้าย,ผู้ดูแล,CG รวม 20 คน รวมทั้งสิ้น 104 คน

2) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 2,186 ราย มีเกณฑ์คัดเลือก คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยและอยู่ในระยะท้าย อาศัยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพของ 12 อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยและศึกษาสถานการณ์ปัญหา โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิด Six Building Blocks of A Health System (WHO, 2007) 2) Service Plan สาขาประคับประคอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) 3) มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวภีบาลสำหรับโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย

2. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดย 1) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการประชุมระดมสมองบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและจากการรวบรวมข้อมูลการนิเทศงาน การติดตามผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดระดับอำเภอ การสังเกตการปฏิบัติงานจากการดูแลผู้ป่วยและในชุมชน 2) การวิเคราะห์มาตรฐานมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวภีบาลสำหรับโรงพยาบาล การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิ เพื่อหาโอกาส ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเดิม 4) การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน อปท. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวภีบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม โดยนำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 ค้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกอำเภอ ร่วมคิด ร่วมวางแผน หาข้อมูลในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เสนอการตัดสินใจข้อมูลจากการปฏิบัติ โดยขั้นตอนนี้ได้แนวคิดว่า องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” มาเป็นแนวทางการพัฒนา ยกร่างระบบบริการศูนย์ชีวภีบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคณะกรรมการ Service Plan สาขา Palliative Care จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำข้อเสนอแนะสู่การปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้น ดำเนินการวางแผน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) ลงมือปฏิบัติ ติดตามสังเกตพัฒนาปรับปรุงขณะนำระบบไปใช้จริง และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยพร้อมทั้งพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การพัฒนา ระบบบริการศูนย์ชีวภีบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบบริการศูนย์ชีวภีบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับระบบบริการศูนย์ชีวภีบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแล จำนวน 6 ข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 2) แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีว

ภบาลสำหรับโรงพยาบาล 3 ด้าน จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร ด้านที่ 2 มาตรฐานผู้ให้บริการ ด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่ประยุกต์ใช้ของกรมการแพทย์ แบบประเมิน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นนำไปปรับปรุง และนำไป Try out และหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การวิจัย ได้แก่ แบบสรุปรายงานผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการ ศูนย์ชีวภบาล ประกอบด้วย ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เช่น แบบประเมิน Advance Care Plan, Palliative performance scale (PPS) ,Pain scale,2Q, 9Q, ESAS, ข้อมูลผู้ดูแลและครอบครัว แผนการดูแลและการรักษา การส่งต่อและการประสานงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาส ให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 19/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษา ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวภบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบการพัฒนาที่เกิดขึ้นตามรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาที่เกิดขึ้น

ประเด็น	สรุปสถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
Leadership /Governance & Financing	- การวางแผนการ ดำเนินงานขาดการมีส่วนร่วม ร่วมอย่างต่อเนื่อง	- พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โดย - แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ชีว ภบาล ระดับจังหวัด/อำเภอ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการร่วมประชุมทุก 2-3 เดือน	- มีคณะกรรมการดำเนินงาน พัฒนาที่ชัดเจน ผลักดัน สู่ ประเด็นการดำเนินงาน ทั้ง ระบบ - มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดการ ประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ประเด็น	สรุปสถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
		- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด/อำเภอรายปีที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากร/สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และการดำเนินงาน - จัดตั้งคณะกรรมการนิเทศงานและติดตามประเมินผลของเครือข่าย - มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหา ในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่ต่อเนื่อง	ระดับจังหวัด และมีการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี - มีแผนปฏิบัติการของระดับจังหวัด/อำเภอ
Service Delivery	- มีการนำมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวิบาลมาดำเนินงาน แต่ยังไม่ครอบคลุม - การดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละอำเภอยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน มีการจัดบริการแต่รูปแบบยังไม่ชัดเจน	- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ/รพ.สต.ในการให้บริการที่ชัดเจน - มีการดำเนินงานตามขั้นตอน/แนวทางการปฏิบัติ เช่น คู่มือ แนวปฏิบัติตั้งแต่การเข้ารับบริการในศูนย์ชีวิบาล การดูแล การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน นำสื่อเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดำเนินงาน	- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น - มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน
Medical Products, Vaccines & Technologies	- แนวทางการบริหารจัดการยายังไม่ชัดเจน	- พัฒนาระบบการควบคุมติดตามการใช้ยา, ติดตามประเมินผลการใช้ยา และแนวทางการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ - จัดทำคู่มือการใช้ยาผู้ป่วยทั้งในรพ. และที่บ้าน	- ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการและการจัดการด้านยาที่รวดเร็วและมีแนวทางดูแลที่ชัดเจน
Health Workforce	- เปลี่ยนผู้รับผิดชอบบอยบุคลากรมีการพัฒนาไม่ต่อเนื่อง - จัดทำ CPG เฉพาะรพ. และมีการพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะแพทย์ พยาบาล	- พัฒนางค์ความรู้ทีมสหวิชาชีพในรพ., พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.และภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน - จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย ได้แก่ CPG การดูแล	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน - มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่ายผู้ป่วยได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน - บุคลากรและภาคีเครือข่ายมีการพัฒนาครบ 100%

ประเด็น	สรุปสถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
		รักษาผู้ป่วย เกณฑ์การส่งกลับรพ. การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	
Information System	ระบบข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน	- ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล, พัฒนาระบบ บันทึกข้อมูล และเชื่อมโยงให้เป็นระบบ เดียวกันทั้งเครือข่าย - จัดระบบการส่งต่อติดตามการดูแลต่อเนื่อง ระหว่าง รพ.แม่ข่ายไปยังรพ.สต.และภาคี เครือข่ายชุมชน	- มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน ทั้งเครือข่ายสำหรับการ บริหารจัดการความต้องการใช้ ข้อมูล - เกิดระบบการส่งต่อและการ ดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ ครอบคลุม

2. ด้านการพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม จากการดำเนินงานข้างต้นสามารถ สรุประบบบริการศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 การจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ (1) มีการจัดทำจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด/อำเภอ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการภาพรวมของระบบ (2) การจัดตั้งศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ที่ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 ด้าน (3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยจัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสม และสรรหาผู้มีจิตศรัทธาบริจาค

2.2 การจัดการระบบการบริการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย (1) แต่งตั้ง Project Manager ระดับจังหวัด บริหาร จัดการนิเทศ ติดตาม กำกับ และในระดับอำเภอมีระบบบริหารจัดการดูแลศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดย Case Manager (2) มีการจัดทำแนวทางการดูแล คู่มือ CPG สื่อไลน์กลุ่มประสานงานกับ รพ.สต.เพื่อในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (3) การนำสื่อเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น ไลน์ อินโฟกราฟฟิค คลิปวิดีโอสั้น

2.3 พัฒนาศักยภาพบุคคลตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. รวมทั้งพัฒนา อสม., Care giver ครอบคลุม ให้มีศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

โดยระบบบริการศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบบริการศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลระบบบริการศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

3.1 ด้านการดำเนินงานศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาล พบว่า จังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานกลุ่มทุกอำเภอ 12 แห่ง ทั้งนี้หลังดำเนินการพัฒนาพบว่า ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานโดยการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในอำเภอที่ยังผ่านการอบรมไม่ครอบคลุม ประกอบด้วย อบรมแพทย์ (หลักสูตร 8 สัปดาห์) จำนวน 3 คน, อบรมเภสัชกร (หลักสูตร 2 สัปดาห์) จำนวน 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ (หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 3 คน, หลักสูตร 6 สัปดาห์ จำนวน 10 คน, หลักสูตร 4 สัปดาห์ จำนวน 24 คน และหลักสูตร 3-5 วัน จำนวน 60 คน) ซึ่งภายหลังการดำเนินงานพบว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ร้อยละ 100 เกิดการทำผ้าป่าในอำเภอแกดำและอำเภอวาปีปทุม เพื่อนำเงินบริจาคซื้อวัสดุทางการแพทย์

3.2 ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ตัวชี้วัดในแต่ละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ชีวภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชน มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชน จังหวัดมหาสารคาม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ปี 2566			ปี 2567			ปี 2568		
		จำนวน คน	ผลงาน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ผลงาน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ผลงาน คน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		1,926			2,510			2,186		
ร้อยละครอบครัวที่ได้ทำ Family meeting	95	1,926	1,771	91.90	2,510	2,334	92.98	2,186	2,115	96.75
ร้อยละการให้การดูแล ตามแผนการดูแล ล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีคุณภาพ	75	1,926	1,350	70.09	2,510	1,820	72.51	2,186	1,950	89.20
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ปวดลดลง	100	1,726	1,536	88.99	2,384	2,288	95.97	1,996	1,916	95.99
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ คลื่นไส้อาเจียนลดลง	90	636	554	87.10	826	7,65	92.61	960	896	92.70
ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะ ซีมีเศร้ลดลง	100	115	96	83.47	108	104	96.29	110	106	96.36
ร้อยละผู้ป่วย Good death	100	1,926	1,766	91.69	2,510	2,342	93.30	2,186	2,043	93.45

3.3 มีการขยายระบบที่พัฒนาขึ้นไปสู่การดำเนินงานกัญชีวาภิบาลต้นแบบ 2 แห่ง คือ อำเภอบึงบอน และอำเภอนาเชือก รวมทั้งมีการจัดบริการ Home ward ใช้ Telemed, Telenursing ในการติดตามประเมิน ให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่อำเภอบรบือ และอำเภอนาเชือก ทั้งนี้กำลังมีการขยายผล ให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลสุ่มชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัด มหาสารคาม มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามลำดับขั้น โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Cycle) เป็นกลไกสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยจังหวัดมหาสารคามสามารถพัฒนาระบบ ศูนย์ชีวาภิบาลครอบคลุมทุกอำเภอทั้ง 12 แห่ง (ร้อยละ 100) นับเป็นความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ ระดับจังหวัด การใช้แนวทาง Six Building Blocks of a Health System ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบการ พัฒนา ทำให้เกิดการบูรณาการระบบบริการอย่างสมบูรณ์และยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sleeman และ

คณะ (2019) ที่ชี้ว่าการพัฒนาระบบชีวภิบาลต้องอาศัยการจัดระบบแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภอทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการแต่งตั้ง Project Manager และ Case Manager (Palliative Care Nurse) เป็นแกนกลางในการประสานงานและเชื่อมโยงระบบบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Murray และคณะ (2020) ที่เน้นความสำคัญของการประสานการดูแล (Care Coordination) ในระบบชีวภิบาล โดยการมีผู้ประสานงานเฉพาะทางช่วยสร้างความต่อเนื่องของการดูแลและลดช่องว่างระหว่างระบบบริการ ในด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและระบบสนับสนุน ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพมีสมรรถนะครบถ้วน (ร้อยละ 100) ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการสร้างศักยภาพบุคลากรอย่างครอบคลุม ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแล (Caregiver) และครอบครัว ส่งผลให้เกิดเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งในทุกระดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Radbruch และคณะ (2020) ที่ระบุว่าการพัฒนาศักยภาพของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบชีวภิบาล รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ วคิน รัตนพิบูลย์ และคณะ (2563) เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชน” ซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพรรณิ อาจฤทธิ์ และคณะ (2564) ที่มุ่งพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับอำเภอภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการและเน้นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดูแล เช่น ระบบ Consult ระบบส่งต่อ (Referral System) และการใช้สื่อออนไลน์เพื่อประสานงาน ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดมหาสารคามที่มีพื้นที่กว้างและข้อจำกัดด้านการเดินทาง การใช้เทคโนโลยีช่วยลดอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการประยุกต์ใช้ Digital Health ในระบบสุขภาพยุคปัจจุบัน ในด้านคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวมีการเข้าร่วมประชุมครอบครัว (Family Meeting) ร้อยละ 96.75 ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร้อยละ 89.20 และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบ (Good Death) ร้อยละ 93.45 ตัวชี้วัดเหล่านี้สะท้อนถึงการดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการดูแลแบบชีวภิบาล โดยเฉพาะอัตรา Good Death ที่สูง แสดงถึงการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนสามารถผ่านช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ที่ระบุว่า เป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคอง คือการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง สำหรับการบริหารจัดการศูนย์ชีวภิบาล ทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. บรรจุแนวทางศูนย์ชีวาภิบาลในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแล
4. พัฒนาและเชื่อมโยงระบบสารสนเทศด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้สามารถใช้ร่วมกันระหว่างทุกหน่วยบริการในจังหวัด เพื่อความรวดเร็วและแม่นยำในการประสานงาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2565). Service plan สาขาประคับประคอง (Palliative care). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูง การถอยเพื่อทบทวน (Retreat). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ.
- กิตติยา วงษ์ขันธุ์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566 จาก http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2018072012262188.pdf
- พรณี อัจฉฤทธิ์, และคณะ. (2564). การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วศิน รัตนพิบูลย์, กาญจนา ธรรมไชย, และศิริวรรณ กาญจนสุด. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายแบบในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 38(3), 24–36.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). การคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ประจำปี 2566–2567. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2567. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- Murray, E., Ferguson, J., Vincent, C., Walshe, K., & Braithwaite, J. (2020). The role of care coordination in the governance of health systems: Improving continuity and bridging service gaps. Health Policy, 124(9), 1021–1028.

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., et al. (2020). Reducing serious health-related suffering: A key to achieving the Sustainable Development Goals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(2), e2–e6.
- Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nambiar, V., Carrasco, J. M., Murtagh, F. E. M., et al. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883–e892.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.