

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

กาญจนา จันทะนุย์, ภาควิชา, ภาควิชา, อินทร์ม่วง, คำตัน ปิ่นโต, ศุภชัย แพงคำไหล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย อ.ยางสีสุราช กลุ่มตัวอย่าง 296 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน ภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ระยะเวลาวิจัยเดือนตุลาคม 2559 – มีนาคม 2562 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบประเมิน แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) จัดทำ CPG ใน รพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการพยาบาล (CNPG) 5 เรื่อง 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ และ 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ผลการประเมิน พบว่า ปี พ.ศ. 2560-2562 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 92.66, 96.66, 98.20 ตามลำดับ มีความปวดลดลง ร้อยละ 76.67, 83.87, 80.00 ตามลำดับ, คลื่นไส้อาเจียนลดลงร้อยละ 68.75, 78.57, 83.33 ตามลำดับ ซึมเศร้าลดลง ร้อยละ 78.57, 87.50, 90.00 ตามลำดับ และ Good dead ร้อยละ 80.20, 95.28, 96.66 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, พยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding Author: Kanjana Chanthanui, Email : Kanyang1@hotmail.com

Received 04/01/2020

Revised 23/03/2020

Accepted 27/03/2020

CONTINUING OF PALLIATIVE CARE MODEL WITH PARTICIPATION OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS, COMMUNITY NURSES AND NETWORK IN YANGSISURAT DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE

Kanjana Chanthanui^{}, Pakpoom Immoung^{*}, Khumtun Pinato^{*}, Supachai Paengkamlai^{*}*

ABSTRACTS

This action research aimed to develop a model and evaluation of the continuing of Palliative Care model in Yangsisurat district. 296 samples were community nurses, community network, end of life patients and their families. The research conducted from October 2016 - March 2019. Research tools were interview questionnaire, evaluation form, observation forms. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data by mean and percent.

The study results showed that the continuing of palliative care model with participation of multidisciplinary teams were ; 1) Developing the potential of care and knowledge of community nurses and community network partners 2) Establishing CPG in hospitals to community, with roles in each profession 3) Develop nursing care process consist of 5 CNPG 4) Define expressway channels for drug and medical equipment supplies support 5) Organize a forum to learn and remove lessons lead to development periodically improve. The evaluation found that during from 2017 - 2019 the patients to receive ACP 92.66, 96.66, 98.20% respectively. According to reduce pain 76.67, 83.87, 80.00% respectively, regurgitation nausea & vomiting 68.75, 78.57, 83.33% respectively recession depression 78.57, 87.50, 90.00% respectively and increased good death 80.20, 95.28, 96.66% respectively.

Keywords: Continuing of care, Palliative Care, Community Nurse

^{*}Yang Sisurat Hospital, Maha Sarakham Province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rational)

สภาวะการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เนื่องจากการทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ จะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด¹ อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรง และโรคที่คุกคามต่อชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และสูงขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นปัญหา สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปี จะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคน ที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต จึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิตทำให้ระบบสุขภาพตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น^{2,3} สำหรับประเทศไทยความพยายามในการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2558² นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโครงการจัดตั้งหน่วยประคับประคองดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต ในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ทำให้เกิด

การตื่นตัวในการจัดบริการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล⁴

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมีความเข้าใจในคุณค่าความเชื่อ ความศรัทธา ในหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือภูมิหลังของผู้ป่วย บริบทของครอบครัว รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใยและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การใส่ใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีความแตกต่างกันในเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความตาย^{5,6} ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมเหล่านี้เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจจะละเมิดหรือขัดแย้งกับความเชื่อท้องถิ่นเหล่านั้นจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁷

ดังนั้น การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบเครือข่ายจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งระบบ^{8,9} และจำเป็นต้องสอดคล้องกับภาวะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ ทรมานจากความเจ็บปวด กระวน

กระวาย ชีมเศร้า หายใจ ลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นต้น^{10,11} ซึ่งจะมี ความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะ สุขภาพและการเจ็บป่วยและปัจจัยแวดล้อม อื่น ๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพ ในครอบครัว ระบบการให้คุณค่าความเชื่อ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มี อิทธิพลต่อการรับรู้และ การตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่กับความเป็นจริง และ สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ¹²

จากสถานการณ์การบริการผู้ป่วยระยะ ทำยรพ.ยางสีสุราชพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2556-2558 มี แนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 25, 56, 72 ราย ตามลำดับ มีอัตรา Readmission ร้อยละ 40.00, 39.29, 41.67 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่า ด้านกระบวนการดูแล ยังไม่มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจนที่บ้าน ใน ด้าน องค์ความรู้เจ้าหน้าที่ยังขาด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน ส่วนของยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ ในการดูแลไม่เพียงพอและขาดความ เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและ เครือข่ายชุมชนที่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วม

ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคี เครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสห วิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคี เครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)^{13,14} โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดใน การพัฒนา ได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของ WHO¹⁵ ประกอบด้วย 1) การ ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การ ดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการ ดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริม ระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการ ดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว ระยะเวลารวบรวม เดือน ตุลาคม

2559 – มีนาคม 2562 ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 ต.ค. 2559 - ก.ย. 2560, วงรอบที่ 2 ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561, วงรอบที่ 3 ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562)

การเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูล และดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง: เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพใน รพ. และ รพ.สต. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล CG, อสม., ผู้นำชุมชน, อบต. รวม 79 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและญาติผู้ป่วย 202 ราย 3) พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลจำนวน 15 คน โดยใช้เกณฑ์ การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอด การศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การสนับสนุนด้านต่าง ๆ และปัญหาอุปสรรคในการดูแล และ

แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมิน กิจกรรมทุกครั้ง **แบบสังเกตการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการพยาบาล** จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผน จำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแล ด้านร่างกาย (การจัดการอาการปวดและ อาการรบกวนอื่น ๆ) 3) แนวปฏิบัติการ พยาบาล การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้าน 5) แนวปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพ ข้างต้นผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการ ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือ ตามข้อเสนอแนะ, ก่อนนำไปใช้จริง **แบบ ประเมินแนวทาง INHOME-SSS** ของกอง การพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การ เคลื่อนไหว (Immobility) อาหาร (Nutrition) สภาพบ้าน (housing) เพื่อนบ้าน (Other people) การใช้ยา (Medication) การ ตรวจร่างกาย (Examination) แหล่งให้บริการ (Services) ความปลอดภัย (Safety) จิต วิญญาณ (Spiritual)

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบ ประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ฉบับสวนดอก เป็นเครื่องมือใช้ ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและ ความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การ รับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยก

ผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) **แบบประเมิน ESAS** ของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลียอาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งวงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด **แบบประเมิน 2Q และ 9Q** ของกรมสุขภาพจิต ในการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q มี 9 คำถาม (9Q) ในแต่ละข้อให้คะแนน 0-3 โดย 0 = ไม่มีอาการ 1 = เป็นบางวัน 1-7 วัน 2 = เป็นบ่อย > 7 วัน 3 = เป็นทุกวัน รวมคะแนนทั้ง 9 ข้อ <7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก, 7-12 คะแนน = มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย, 13-18 = มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง, > 19 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ขั้นตอนการวิจัย

วงรอบที่ 1 เดือน ต.ค. 2559 - ก.ย.

2560

ระยะวางแผน (Plan) โดยดำเนินการ ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและการดูแลของพยาบาลชุมชนจากกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง โดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลเพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO¹² โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาควิชาอายุรศาสตร์ ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

3. ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการ CUP board ในการคืนข้อมูลจากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน จากการคืนข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยเกิดแผนงานโครงการการพัฒนาบุคลากรทั้งการอบรมภายนอก ภายในโรงพยาบาล เกิดแผนจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน (2 เครื่อง) และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพทำให้เกิดการกำหนดบทบาทของทีมที่ชัดเจน

4. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อคืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

5. คืนข้อมูลให้กับชุมชนโดยผ่านตัวแทน อสม.หมู่บ้านละ 1 คน จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลยางสีสุราช

ระยะปฏิบัติ (ACT) จัดทำกิจกรรมโครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญ ๆ ดังนี้

- พัฒนาบุคลากรตามแผน ได้แก่ อบรมภายใน รพ. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (โดยทีมวิทยากรจากรพ. ศรีนครินทร์ : APN อุบล จัวงพานิช และคณะ) หลักสูตร 1 วัน ผู้เข้ารับการอบรม

พยาบาลจากทุกหน่วยงานและ รพ.สต. ทุกแห่ง KM ระหว่าง เจ้าหน้าที่

- ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. พยาบาลกลุ่มงานบริการปฐมภูมิเพื่อร่วมกันจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านร่างกาย (การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ) 3) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้าน 5) แนวปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ และมีการกำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาล

- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ทุกหมู่บ้าน รวม 91 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง Symptoms management ในระยะสุดท้าย^{16,17} หลังจากที่ได้การฝึกอบรมแล้วนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยในวงรอบนี้ได้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

ระยะประเมินผล (Reflection)

1) ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลชุมชนยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลในด้านทักษะการให้ยาและการจัดเก็บมอร์ฟีน 2) ด้านการส่งต่อข้อมูลยังล่าช้า 3) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจนและที่นอนลมไม่เพียงพอ 4) ด้านผู้ป่วย ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ มีอาการบวมน้ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

การพัฒนาในรอบที่ 2 (เดือน

ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561) ได้ดำเนินการดังนี้

- ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและระดมสมองร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลชุมชน ทำให้นวัตกรรม 3 เรื่อง ได้แก่ 1) จัดทำสื่อการสอนการให้ยาแบบ online (VTR คลิปยารักษาใจ) ตัวอย่างการให้ยาแก้ปวดทางใต้ผิวหนัง (Syringe driver) 2) สร้างนวัตกรรมควบคุมการใช้ยาเสพติดโดยจัดทำ “กล่องบรรเทา” ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยญาติและเจ้าหน้าที่ 3) นวัตกรรมเจลลี่เสริมอาหาร

- คืนข้อมูลให้กับชุมชนผ่านตัวแทนผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน 91 หมู่บ้านและตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ทั้ง 7 แห่ง จากการคืนข้อมูลครั้งนี้ พบว่าชุมชนมีความศรัทธาต่อการดูแลผู้ป่วยจึงเกิดแนวคิดการจัดทำผ้าป่าเพื่อซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชนเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ ส่งผลให้มีงบประมาณในการซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน 10 เครื่อง และ

ที่นอนลม และเกิดโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุก อบต.

หลังจากนั้นติดตามสังเกตประเมินผล พบว่า ผู้ดูแล (Care giver) และ อสม. ขาดทักษะในการประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อส่งต่อข้อมูลให้รพ.สต. ในการจัดการการดูแล

การพัฒนาในรอบที่ 3 (เดือน

ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562) ได้คืนข้อมูลพร้อมทั้งประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) และเครือข่ายชุมชน จึงเกิดการฝึกทักษะการประเมิน PPS แก่ อสม. Care giver โดยมีผู้ที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงในหมู่บ้านของตนเอง เพื่อประเมินอาการเบื้องต้น ในการส่งต่อข้อมูลไปยังรพ.สต. หลังจากนั้นติดตามสังเกตประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา: จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 08/2559 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2559 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่มิวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจ ก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา (Results)

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ที่เหมาะสม

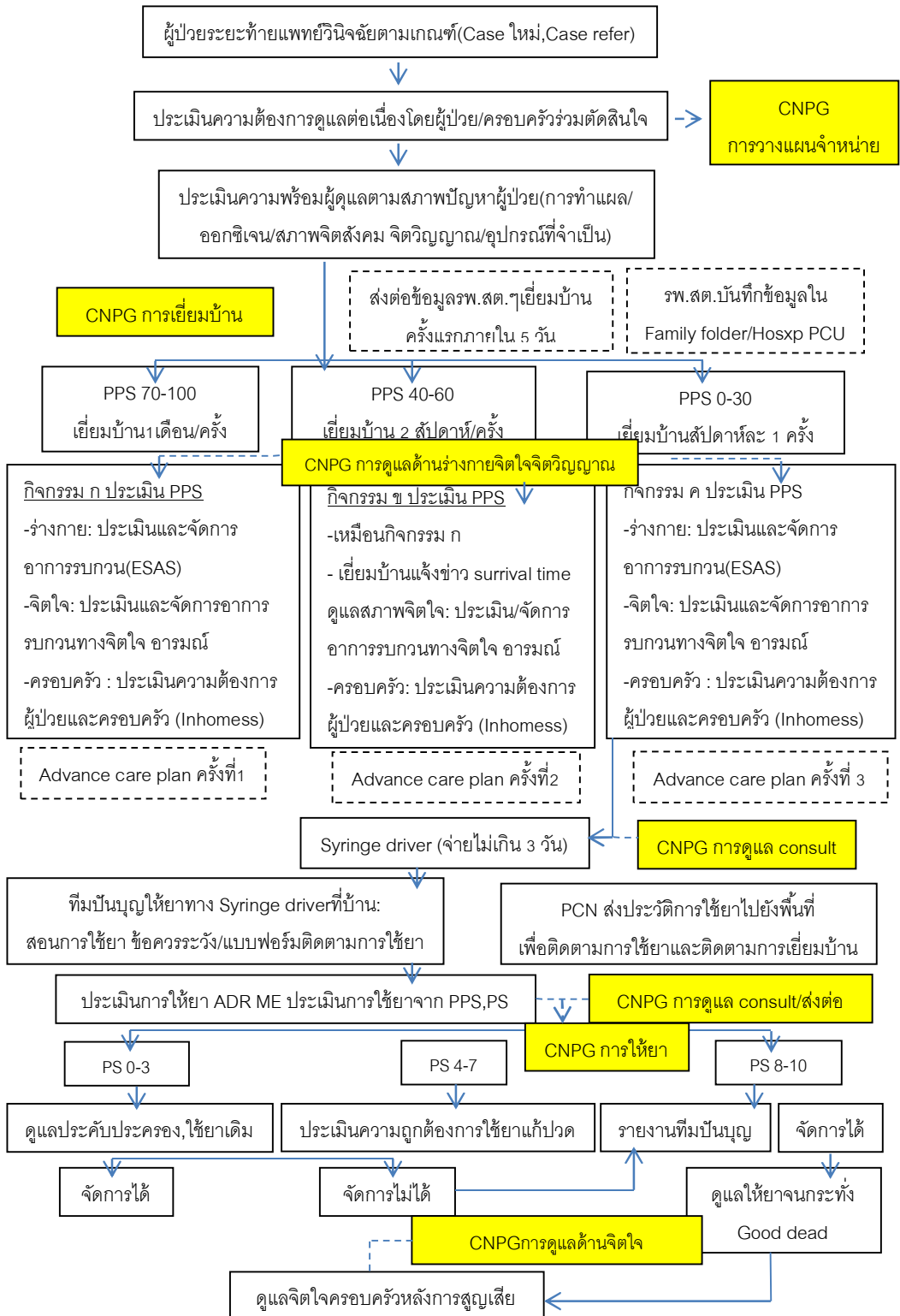
กับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการพยาบาลตั้งแต่การจำหน่ายจนถึงการดูแลวาระสุดท้าย จนเกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน 5 เรื่อง ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย, การดูแลด้านร่างกาย, การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ, การเยี่ยมบ้าน, การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ เกิดนวัตกรรม 3 เรื่อง ได้แก่ กล้องบรรเทาที่ใช้สื่อสารการให้ยามอร์ฟิน, คลิปยารักษาใจเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟิน, เจลลีเสริมอาหาร 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนนำสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน และภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

โดยจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ได้
แนวทางที่สำคัญ ในการดูแลตั้งแต่การ
วางแผนจำหน่ายจนกระทั่งการดูแลหลังจาก

ภาวะการสูญเสีย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังภาพที่
2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่วางแผนจำหน่าย-การดูแลหลังการ

2. ประเมินผลรูปแบบการดูแล
ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม
ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน
และภาคีเครือข่ายในชุมชน อ.ยางสีสุราช

จ.มหาสารคาม พบว่า จากการนำรูปแบบที่
พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย
ดีขึ้น ตามรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย (%)	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
		เป้าหมาย /ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย /ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย /ผลงาน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		76		80		46	
ร้อยละผู้ป่วยที่มี PPS≤60% เข้าสู่ กระบวนการดูแลแบบประคับประ ครอง	100	76/70	92.11	80/78	97.50	46/45	97.83
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน ตามเกณฑ์ที่กำหนด	100	76/65	92.86	80/75	96.15	46/44	97.78
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการทำ Advance Care Plan (ACP)	100	76/65	92.86	80/75	96.15	46/44	97.78
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการปวดลดลง	80	60/46	76.67	62/52	83.87	40/32	80.00
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง		33/22	68.75	28/22	78.57	18/15	83.33
ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง	100	28/22	78.57	32/28	87.50	20/18	90.00
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวด ด้วย MO	100	60/52	86.67	62/62	100	40/40	100
ร้อยละผู้ป่วย Good dead	100	76/61	80.26	80/76	95.00	46/44	95.65
ร้อยละพยาบาลPCCN มีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่ต้องการ	100	15/13	86.67	15/14	93.33	15/15	100

วิจารณ์(Discussions)

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบ
การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม
ของพยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพและ

ภาคีเครือข่ายชุมชนที่เหมาะสมกับบริบท
พื้นที่ ได้แก่ 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแล
และองค์ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.
และภาคีเครือข่ายชุมชน (ทีมป็นบุญ): ผู้ดูแล,

CG, อสม., ผู้นำชุมชน, อปท. 2) จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ใน รพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการแพทย์ตั้งแต่กระบวนการจำหน่ายจนถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย จนเกิดแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย, การดูแลด้านร่างกาย (การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ), การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ, การเยี่ยมบ้าน, การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ เกิดนวัตกรรม 3 เรื่อง ได้แก่ กล้องบรรเทาที่ใช้สื่อสารการให้ยามอร์ฟินระหว่าง รพ.ผู้ป่วย ผู้ดูแล รพ.สต., คลิปยารักษาใจเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟิน, เจลลิ่เสริมอาหาร 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนนำสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ประเมินผล พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคอง ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถจัดการอาการรบกวนและผู้ป่วย Good dead เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น¹⁸ พบว่า วิวัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัด ขอนแก่น

ที่มีการพัฒนาตั้งกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการ การเข้าถึงยาระงับปวด (opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังมีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นศูนย์สนับสนุนเครือข่ายมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่าง ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่ เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับ ผู้ป่วยทั้งในขณะ ที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น และการศึกษา¹⁹ กล่าวว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. หลักการของรูปแบบการดูแล 2. โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3. กระบวนการดูแล และ 4. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งเกิดผลลัพธ์ คือ พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=2.47; SD=0.51) ระยะจำหน่ายผู้ป่วยมี

ความปวดลดลงร้อยละ 71.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงร้อยละ 60 ความไม่สบายใจ กังวลใจหรือกลัวลดลงร้อยละ 88.57 ผู้ป่วย และหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแล แบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก ($M=4.24$; $SD=.62$) และจากการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลเสริม สุขภาพตำบลดงหนองแห่ง ตำบลปทุม อำเภอบึง เมือง จังหวัดอุบลราชธานี²⁰ พบว่า การ พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องเกิดการ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่สอดคล้องกับบริบท พื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากเกิดจากความร่วมมือจากทุกภาคส่วนดังนั้นจึงสรุปได้ ว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายที่ เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะ ช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรนำ รูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ข้อยุติ (Conclusions)

การนำทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนจะ ก่อให้เกิดทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การ ประสานงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากร ร่วมกัน มีการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

มาใช้ทั้งเครือข่าย ถอดบทเรียนและพัฒนา อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายมีครอบคลุมทุกมิติ

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้การให้ยาทาง Syringe driver เป็น ระยะ แก่พยาบาลชุมชนเนื่องจากไม่ได้ให้การ ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำจะทำให้เกิดความ ประห่าและไม่มีมั่นใจได้ ดังนั้นการมีสื่อ ออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงเป็นสิ่งที่ดีทำให้ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

2. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ มีประสิทธิภาพ จะต้องนำทุกภาคส่วน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน และภาคี เครือข่ายชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม จะก่อให้เกิด ทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การ ประสานงานที่ดี มีการนำแนวทางปฏิบัติที่ พัฒนาขึ้นมาใช้ทั้งเครือข่าย ถอดบทเรียนและ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายมีครอบคลุมทุกมิติ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะท้ายใน พื้นที่อำเภอยางสีสุราช ในรูปแบบเดิมได้ผล น้อย ซึ่งยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ได้แก่ ด้าน กระบวนการดูแลยังไม่มีแนวทางในการ วางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ในด้านองค์ความรู้เจ้าหน้าที่ยังขาด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน

ส่วนของยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ในการดูแลไม่เพียงพอและขาดความเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชนที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการร่วมคิดร่วมปฏิบัติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ เกิดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีภาวะ Good dead เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Thai Palliatives Care Society. Message from the President of The Thai Palliatives Care Society [online] 2020 [cite 2020 March 12]. Available from: <http://www.thaps.or.th>. [in Thai].
2. Health Assembly. National Strategic Plan for Enhancing Life in the End Phase of Life 2014-2016 [online] 2020 [cite 2020 March 12]. Available from: <http://www.thailivingwill.in.th>. [in Thai].
3. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [online] 2017 [cite 2017 January 15]. Available from: <http://www.thailivingwill.in.th>. [in Thai].
4. Strategic Plan for Index Development Assess disease and health of the Thai

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สสส.และชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะท้ายพร้อมครอบครัวรวมถึงทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกท่านของอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

- population. Health systems development in Thailand. Cancer control, Knowledge into action World Health Organization. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health; 2007. [in Thai].
5. Ninmanat K. End of Life Care. Songkha Province: Chanmeung Press; 2011. [in Thai].
 6. Lertsanguansinchai P. End of life care improving care of the dying. Nakhonratchasima Province: Aksorn Sampan Press; 1987. [in Thai].
 7. Phairotkun S. Project for the development of access system for analgesic opioids in the end-stage patients in the NHSO area 7. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2016. [in Thai].

8. Cheewasakulyong B. **Palliative Care**. Chiangmai Province: Krangweang Press; 2016. [in Thai].
9. World Health Organization. **Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action: Published collaboratively. by the Cross Cluster Initiative on Home-based Long-term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health and the Department of HIV/ AIDS, Family and community Health**. World Health Organization; 2002.
10. World Health Organization. **Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course**. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2014; 28(2): 130-134.
11. Ninmanat K, Kongsuwan W. **Common phenomena in the end-of-life stage and caring**. Songkha Province: Joy Print Press; 2013. [in Thai].
12. Pokpalagon P. **Palliative Care Model in Thailand**. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016; 26(3): 41-51. [in Thai].
13. Nilwarangkul K. **Action research for Nursing**. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2015. [in Thai].
14. Jirawatkul S. **Qualitative study in nursing**. Bangkok: Wittayaphat; 2014. [in Thai].
15. El-Jawahri A, Greer J, Temel JS. Does Palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol* 2011; 9(3): 87-94.
16. Phairotkun S. **Project for the development of access system for analgesic opioids in the end-stage patients in the NHSO area 7**. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2016. [in Thai].
17. Nimmanrat S, Preechawai C. **Pain and pain management in special population**. Songkha Province: Chanmeung Press; 2007. [in Thai].
18. Sirisoongnern J, Phimphisutipong M, Phakdeekul W. **Palliative and End of Life Care Model in Khon Kaen Province**. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2018; 6(2): 317-335. [in Thai].
19. Sawasdeenarunat V, Taneera A, Wisettharn T. **The Development of Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital**. *Nursing Journal*

- of the Ministry of Public Health 2017;
25(1): 144-156. [in Thai].
20. Polsawat B, Pooltong S, Junchom K.
Development of Palliative Care
network in Donghonghae Health
Promoting Hospital Patum Subdistrict
Muang District. Ubonrachatanee
Province. **Journal of Health Science**
2018; 26(5): 905-913. [in Thai].