

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น

จิรประภา ศิริสูงเนิน* , มาลินันท์ พิมพิพิสุทธิพงศ์** , วุฒิพงศ์ ภัคดีกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถอดบทเรียนวิวัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น และประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยผสมผสานบูรณาการวิธีเก็บข้อมูล คือ 1) การศึกษาเอกสาร (Document study) ข้อมูลเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา 2) การสำรวจข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนผู้ป่วยจำนวน 46 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การถอดบทเรียน ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า วิวัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดขอนแก่น ที่มีการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการการเข้าถึงยาาระงับปวด (opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ ยังมีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นศูนย์สนับสนุนเครือข่าย มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ จากวิวัฒนาการของการใช้รูปแบบที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้นจากปี 2556-2558 จากร้อยละ 46.88 เป็นร้อยละ 98.93 การเข้าถึงยาและการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.06 เป็นร้อยละ 97.68 และการได้รับ opioids เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.47 เป็นร้อยละ 99.57 ตามลำดับ ที่สำคัญคือผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี (Good death) สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะสุดท้ายของชีวิต รูปแบบ การมีส่วนร่วม

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

** โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

PALLIATIVE AND END OF LIFE CARE MODEL IN KHON KAEN PROVINCE

Jiraprapa Sirisoongnern , Malinun Phimphisutiphong** , Wuttiphong Phakdeekul****

ABSTRACT

The aim of Qualitative Research was to explore the evolution of the palliative and end of life care in Khon kaen Province, and to assess on the results and situation of model. The mixt methods for data collection were 1) Document study: from policy information of the Ministry of Public Health, report of Khon Kaen Provincial Health Office and network, since the year of 2010 to present. 2) Focus group discussion, and In-depth interview, in 46 Key informants by purposive, during March to August, 2017. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics: percentage. In addition, and Qualitative data was content analysis.

The result reported that the palliative care in Khon Kaen Province model had evolved in the policy-driven process, development of human resource, development of network service and community service. The patient could access to opioids, and the important tools for the end of life of patients. Furthermore, that was developed the best hospital for the end of life, to be a network support center, monitoring, and systematic conclusion. In addition, the evolution of model was effected to cover the end of life patient all areas. There were trained caregivers covering all parishes in the right proportion. The network was ready to care patients while in hospital, and in the community. Then, the impact of participation network parties was transferred to the accesses service system increased from 46.88% to 98.93 %. Moreover, the access drug and home visits rate were increased from 78.06% to 97.68%, and opioids increased from 60.47% to 99.57%, respectively. Finally, the patient were a Good death and Good human dignity.

Key words: Palliative care / End of life care/ Model/ Participation

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สภาวะการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เนื่องจากการทำงานของอวัยวะสำคัญ จะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้ และเสียชีวิตในที่สุด อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรง และโรคที่คุกคามต่อชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และสูงขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก¹ รวมทั้งในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต^{2,3} จึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต ทำให้ระบบสุขภาพต้นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น สำหรับประเทศไทย ความพยายามในการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557 – 2559^{2,4,5} นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโครงการจัดตั้งหน่วยประคับประคองดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต ในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ทำให้เกิดการต้นตัวในการจัดบริการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์สุขภาพของคนไทย พบว่า มีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคที่พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ติดต่อกันมากกว่า 10 ปี คือ โรคมะเร็ง เฉลี่ยปีละ 60,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ กอปรกับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.8 ของประชากร คาดว่าในปี 2568 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งกลุ่มดังกล่าว จะได้รับการดูแลในกลุ่มที่ติดบ้าน ติดเตียง ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต และจากที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ มีอายุยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยระยะท้าย มีเพิ่มมากขึ้น ส่วนสถานการณ์ผู้ป่วยประคับประคองของจังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นจังหวัดขนาดใหญ่มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เป็นมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ มีโรงพยาบาลชุมชน 22 โรงพยาบาล^{3,4}

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องสอดคล้องกับภาวะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลง และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น^{1,5} ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพ

และการเจ็บป่วย และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ ปัจจัยต่างๆเหล่านี้มี อิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล^{6, 7} ดังนั้น การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ แต่ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยในทั่วไป โดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก และถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้ายๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม^{5,6,7} การดูแลที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การรักษามากกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิกวาระ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านพยาบาล เช่น อายุและประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบบริการ และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ^{7,8} กล่าวคือ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ยังไม่ชัดเจน ขาดการบริหารจัดการทั้งทรัพยากรบุคคล ทั้งยังขาดองค์ความรู้ และไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน การพัฒนาระบบ

บริการที่แต่ละโรงพยาบาลจัดทำเอง ปัญหาการจัดหายากลุ่ม Opioid การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย การเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งระดับชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และไม่ครอบคลุมองค์รวมทั้งภายในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน ที่สำคัญคือการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลมีไม่เพียงพอ อุปกรณ์ และเงินส่วนใหญ่ได้จากการบริจาค จากเอกชน และประชาชน ยังไม่มีหน่วยงานในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาครับผิดชอบที่ชัดเจน การดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมประสานงานทั้งในการจัดการระบบ การดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการบริหารจัดการยา โดยเฉพาะกลุ่มยา Opioid⁹ ที่ต้องใช้จัดการอาการปวด และอาการหายใจลำบากในระยะท้ายของชีวิตยังไม่มี การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยรวม อย่างเป็นรูปธรรม จากปัญหาดังกล่าว จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดขอนแก่น ในการรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาวิวัฒนาการของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และผลการดำเนินงาน ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของจังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านมา

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- 1) เครื่องมือแนวทางการศึกษา ข้อมูลจากเอกสารรายงาน (Secondary data) ของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบแนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ในการถอดบทเรียน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) ในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ องค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน

ภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน รวมถึงว่า “ประจักษ์” จำแนกได้ดังนี้

- 1) กลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาลแม่ข่ายของโซนต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 16 คน ประกอบด้วย

ศาสตราจารย์จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 คน

ผู้อำนวยการ จำนวน 5 คน

หัวหน้าพยาบาล จำนวน 5 คน

หัวหน้าเภสัชกร จำนวน 5 คน

- 2) แพทย์พยาบาล เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 15 คน ประกอบด้วย

แพทย์ที่รับผิดชอบ จำนวน 5 คน

พยาบาลที่รับผิดชอบ จำนวน 5 คน

เภสัชกร จำนวน 5 คน

- 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากพื้นที่ 5 อำเภอ ละ 3 คน รวม 15 คน

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผสมผสานวิธีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ คือ การศึกษาเอกสาร (Document study) การสำรวจข้อมูลจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การถอดบทเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีเก็บจากการสนทนากลุ่ม และถอดบทเรียน ใน 4 กลุ่มๆ ละ 10-12 คน คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหารของหน่วยงาน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้รับผิดชอบงาน และผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลต่างๆ กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวแทนภาคีเครือข่าย และกลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนกลุ่มๆ ละ 2-3 คน ในประเด็นที่สืบเนื่องจากการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กลุ่มถือสำคัญต่อการสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา (Results)

ผลจากการศึกษาเอกสาร (Document study) ข้อมูลเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา และการสำรวจข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การถอดบทเรียน สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. บริบทและสถานการณ์เกี่ยวกับงานบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น ก่อนการพัฒนารูปแบบ

จังหวัดขอนแก่น เผชิญปัญหาจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาค่าปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และไม่สามารถยอมรับความตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลและญาติต้องรับภาระพึ่งพาของผู้ป่วย และจัดการภารกิจหลายด้านในครอบครัว ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายในทางที่ผิด จึงทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยมูลค่าสูง และบั่นทอนความสุข ของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในขณะที่การจัดระบบเครือข่ายบริการที่ขาดคุณภาพ ทั้งด้านการส่งต่อ บุคลากร สาธารณสุขขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ขาดระบบจัดการการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ทั้งด้านการส่งต่อผู้ป่วย การเข้าถึงยาระงับปวดเครื่องมือจำเป็น เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver ฯลฯ และขาดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร่วมกับ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น ได้

พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา

2. ระบบการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดขอนแก่น

2.1 กลไกการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

1) กำหนดเป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขของจังหวัด โดยมีวิวัฒนาการตามลำดับ ดังนี้

ปี 2553 เริ่มดำเนินการ ภายใต้การพัฒนาเครือข่ายโรคอัตราตายสูง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ปี 2554 – 2557 เกิดการนำร่องพัฒนาอย่างจริงจัง ในในพื้นที่ 6 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอำเภอลาดบัวหลวง อุดรรัตน์ บ้านฝาง ชุมแพ

ปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป็นนโยบายสำคัญให้ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน กว่า 300 แห่งทั่วประเทศ จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care Unit) จึงส่งผลให้เกิดกระแสการพัฒนาที่จริงจังมากขึ้น

ปี 2558 พัฒนารูปแบบการจัดเครือข่ายบริการโดย โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นแม่ข่ายระดับจังหวัด ให้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอลาดบัวหลวง มัญจาคีรี

2) สร้างกลไกการขับเคลื่อนทางวิชาการความรู้ที่นำไปสู่ความสำเร็จที่สำคัญ โดยผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ เป็นวิทยากรให้ความรู้ แก่ผู้บริหาร ในเวทีการประชุม คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

3) มีการควบคุมกำกับ ระดับความสำเร็จของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน CUP โดยคณะกรรมการนิเทศระดับจังหวัด แต่งตั้งคณะกรรมการ

4) มีการประชุมติดตามกิจการดำเนินงานของเครือข่าย Palliative and end of life care จังหวัดขอนแก่น เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการและติดตามความก้าวหน้าดำเนินงาน ทุก 3 เดือน

5) มีกลไกการสนับสนุนที่สำคัญ คือ 1) อบรมพัฒนาคณากรเครือข่าย 2) จัดทำคู่มือ/แนวทางจังหวัด 3) กำหนดตัวชี้วัด 4) แนวทางการบริหารอุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์เครือข่าย 5) ติดตามเยี่ยมเครือข่าย สัจจรเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละโซน

6) มีกลไกการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการเครือข่ายระดับจังหวัด โดย ติดตามเยี่ยมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของเครือข่ายระดับโซนอำเภอ และคณะกรรมการนิเทศงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

2.2 กระบวนการพัฒนาด้านบุคลากร

1) อบรมความรู้ “เรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย” แก่ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมอำเภอจำนวน 200 คน

2) อบรมหลักสูตร Basic palliative care for community nurses ให้แก่พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สาธารณสุขชุมชนครบทั้ง 253 แห่ง จำนวน 530 คน

3) อบรม Basic Certificate Course in palliative Nursing ให้แก่พยาบาลในโรงพยาบาลทุกระดับ ครอบคลุมแห่ง หลักสูตร 4 และ 6 สัปดาห์ จำนวน 34 คน

4) อบรมหลักสูตร Pain and palliative care for doctor สำหรับแพทย์ครบทั้ง 22 โรงพยาบาล จำนวน 34 คน

5) อบรม Palliative care for pharmacists สำหรับเภสัชกรครบทุกแห่ง จำนวน 32 คน

3. กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน

1) จัดตั้ง Palliative care Unit ในรพศ./รพท./รพช. ครบทั้ง 22 แห่ง โดยมีพยาบาล ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care Nursing เป็น Nurse manager ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ทั้งการ

ให้บริการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางที่กำหนด

2) อบรมการพัฒนาวิทยากรกระบวนการกลุ่มการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ (Training of the Trainer: TOT) จำนวน 60 คน

3) พัฒนาเครือข่ายแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระดับโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มเป้าหมาย แพทย์พยาบาลจากรพช. จำนวน 150 คน

4) จัดเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (NODE) โดยกำหนดโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายที่ชัดเจน สามารถเป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษาตลอดจนศูนย์การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและยาที่จำเป็นให้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย

5) พัฒนาระบบและจัดทำแนวทางการส่งต่อ ทำให้มีการจัดบริการแก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่เชื่อมโยงในสถานบริการทุกระดับแบบไร้รอยต่อ จากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังโรงพยาบาลลูกข่ายและชุมชนในจังหวัด

6) มีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารแบบ Line Group การทำงานทั้งด้านการให้คำปรึกษา การส่งข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

4. พัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเขตบริการสุขภาพที่ 7 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จำนวน 4 โรงพยาบาล

ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น น้ำพองพล
มัญจาคีรี

5. การบริหารจัดการการเข้าถึง ยาระงับปวดและเครื่องมือที่จำเป็นใน การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

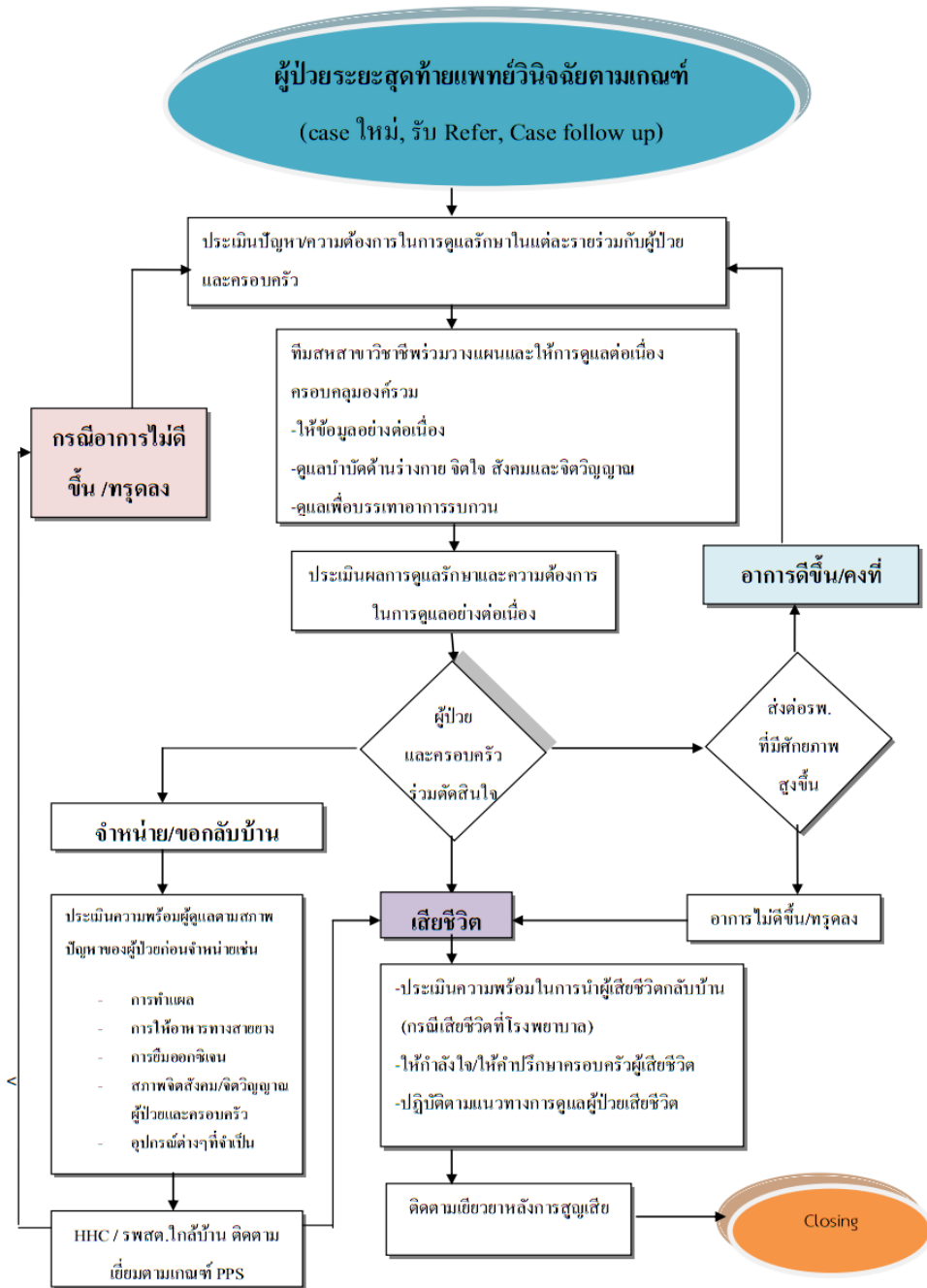
1) ศึกษาดูงานรูปแบบการบริหาร
จัดการยาระงับปวดในผู้ป่วยระยะท้ายที่
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

2) กำหนดยากลุ่ม opioid เป็นบัญชียา
หลักของจังหวัด โดยจัดทำแนวทางการ
บริหารจัดการยาที่ชัดเจน

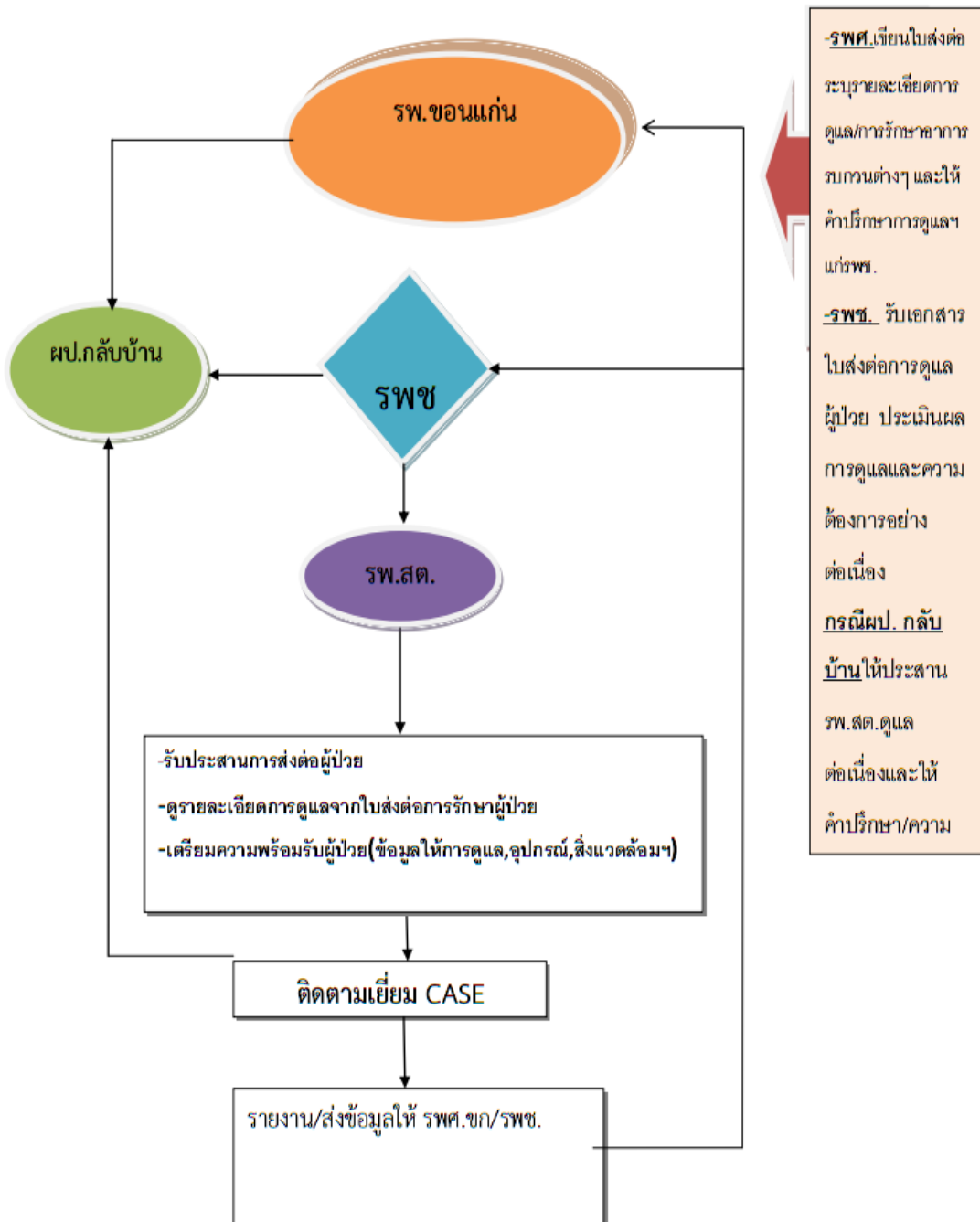
3) กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมี
อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นในการ
จัดบริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและ รพ.สต.
ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน และ Syringe
driver

6. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

จากการจัดประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อ
ถอดบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้ง
ในมิติด้าน การดูแลผู้ป่วยและญาติในชุมชน
การค้นหาผู้ป่วยและเชื่อมโยงกับเครือข่ายใน
ชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล
การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ การดูแล
รักษาด้วยยา Opioid เป็นต้น สรุปเป็น
รูปแบบที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น
โดยผ่านระบบและกระบวนการดำเนินงานตาม
ขั้นตอน ดังภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative Care เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative care (รพสต.) กรณีรับ Refer จากรพ.ชุมชน และ รพ.จังหวัด

7. ผลการประเมินสถานการณ์ และผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษาประเมินผลในระยะสั้นจากการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า มีผลงานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นต่อหน่วยงาน บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง เกิดภาคีเครือข่าย และเกิดผลกระทบในเชิงบวกต่อประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะญาติและผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งพอสรุปโดยสังเขป ดังนี้

1. เกิดระบบบริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้มแข็ง มีระบบการบริการและการส่งต่อที่เชื่อมโยงการดำเนินงานในสถานบริการทุกระดับ แบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่ ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ จนถึงชุมชน มีการส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายออนไลน์ และเกิดโรงพยาบาลแม่ข่าย (NODE) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง โดยมีการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาด้านการรักษาศุภกรรม/ยาและด้านวิชาการภายในเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น

2. เกิดภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง ทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ ในชุมชน โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายจิตอาสา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน มีกลไกการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในชุมชนแบบบูรณาการครบทุกอำเภอ เกิดเป็น

Best Practice ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด นอกจากนี้ ผลจากการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Care Giver) ให้เป็นวิทยากรกระบวนการกลุ่มการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Training of the Trainer : TOT) ทุกอำเภอ จำนวน 60 คน ได้นำไปขยายผลต่อ ในระดับอำเภอและตำบล โดยมีญาติหรือบุคลากร ที่มีผู้ป่วยในการดูแล รวมถึงผู้นำเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วม ทำให้เกิดความร่วมมือและสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครบทุกมิติและเกิด Care Giver ทุกอำเภอตามตารางผลลัพธ์การดำเนินงาน Care Giver จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

จำนวน Care Giver รวมทั้งหมด 1,652 (1:5) คน

จำนวน Care Giver ในตำบล Long Term Care รวมทั้งหมด 1,333 (1:6) คน

3. เกิดโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

โดยเริ่มนำร่องในโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น พล น้ำพอง มัญจาคีรี โดยเน้นการใช้ วิทยากรกระบวนการระดับอำเภอที่ผ่านการอบรม (Training of the Trainer: TOT) พัฒนาเครือข่ายและอบรมจิตอาสา ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพครอบคลุมและขยายเครือข่ายไปยัง รพ.หนองสองห้อง บ้านฝาง และโรงพยาบาลพระยืนและ รพ.อื่นๆ

4. ผลที่เกิดกับผู้ป่วยระยะท้าย โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จากปี 2556-2558 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.88 เป็นร้อยละ 98.93 การเข้าถึงยา และการ

เยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.06 เป็น ร้อยละ 97.68 และการได้รับ opioids เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 60.47 เป็นร้อยละ 99.57 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแล ปี 2553-2558

ปี	จำนวนผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้ป่วยได้รับการดูแล ประคับประคอง		จำนวนผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน		จำนวนผู้ป่วยได้รับ opioids (ประเมินเมื่อปวด)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2553	-	-	-	-	-	-	-
2554	-	-	-	-	-	-	-
2555	-	-	-	-	-	-	-
2556	1,610	787	46.88	-	-	-	-
2557	1,057	989	92.9	772	78.06	578	60.47
2558	1,954	1,933	98.93	1,709	97.68	1,152/1,163	99.57

วิจารณ์ (Discussion)

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาด้านบุคลากรทุกระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการการเข้าถึง ยาระงับปวดและเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁰⁻¹³ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วย

ระยะท้ายอย่างครอบคลุม ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย การพัฒนาดังกล่าวจึงสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลภรณ์ (2559)³ ที่ศึกษารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย พบว่ามี 4 รูปแบบ คือ การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลโดยสถานพยาบาล กึ่งบ้าน และตรงกับการศึกษาของนักวิจัยทั้งในและต่างประเทศ^{7,11,13} ที่ศึกษาการพัฒนา ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบไร้รอยต่อ ระบบประกอบด้วย แนวทางการดูแล การส่งต่อโดยใช้เครือข่ายออนไลน์ การมีทีมสหวิชาชีพ การมีศูนย์การดูแลในระดับตำบล ดังนั้น การดำเนินงานจึงไม่ใช่การทำรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งให้เหมือนๆ กัน หากแต่ต้องพัฒนาให้ แต่ละรูปแบบแสดงบทบาทที่มีคุณค่าของตนเอง ออกมา ให้มากที่สุด เพื่อเป็นเสมือนทางเลือก ในการดูแลสำหรับ ผู้ป่วยและครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง องค์กรทางศาสนา และสถานพยาบาล ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองด้วยรูปแบบและระบบบริการที่มีความสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมของแต่ละบริบท สิ่งสำคัญของกาดูแล คือมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในแต่ละสถานบริการทุกระดับ ทุกสถานพยาบาล เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหรือโรคที่คุกคามชีวิต ต่อเนื่องในระยะท้ายของชีวิต รัฐบาลควรมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย ให้ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศที่ชัดเจน ให้มีความครอบคลุม และประชาชนเข้าถึงบริการได้ ส่งเสริมให้มี โครงสร้างงาน Palliative care ในหน่วยบริการที่เหมาะสมตามระดับบริการ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้มี

ความเชื่อมโยงประสานกันในแต่ละสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง มีการเชื่อมต่อบ้านและชุมชน^{1,9,12}

ผลการศึกษาสะท้อนให้ทราบว่า การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านความรู้ ความรับผิดชอบ และจิตอาสาแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนไปด้วยความเรียบร้อย เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งในกิจกรรมการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilailuck Tantitrakul, Sureepon Thanasilp⁹ และ Tassanee Tasprasit, Phimolrat Phimdee, Sasipin Mongkolchai, Paungpayom Jullapan, Yupayung Puttatum¹⁴ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยพอใจต่อการดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($x=4.60, SD \pm .498$) ด้านผู้ให้บริการความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($x=4.09, SD \pm .565$) พยาบาลมีการ

ปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 91.68 ดังนั้นการจัดหลักสูตรการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในบุคลากรการแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครในชุมชน ให้เป็นแบบสหวิชาชีพ จะสามารถดูแลผู้ป่วยในสถานบริการและในชุมชนได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ¹⁵ จึงควรกำหนดเป็นนโยบายด้านสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทัวถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนวาระท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างสงบ^{12,13}

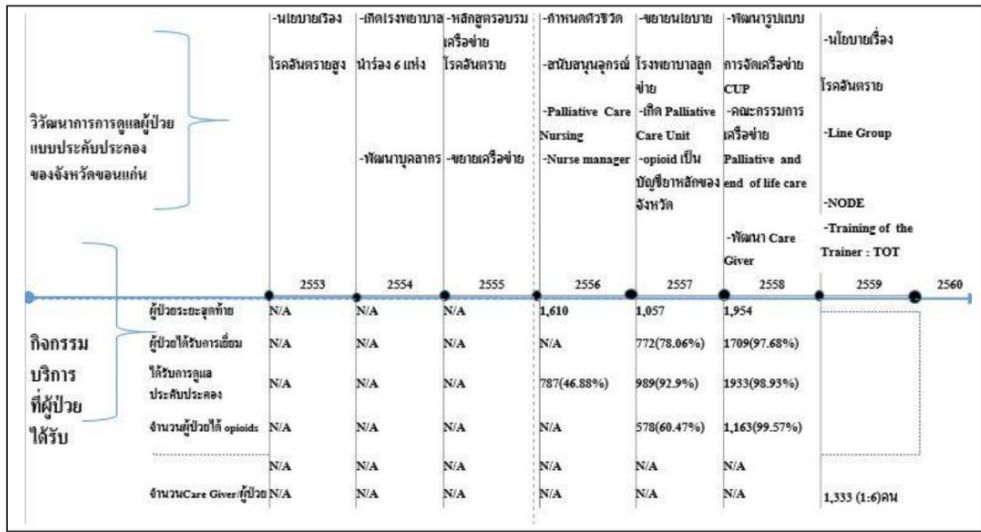
ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจังหวัดขอนแก่นขึ้น โดยมีระบบและกลไกลดการขับเคื่อนการดำเนินงานที่บูรณาการใช้นโยบายการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการการเข้าถึงยาระงับปวด (opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแล

ผู้ป่วยระยะท้าย การมีศูนย์กลางสนับสนุน หรือมีโรงพยาบาลต้นแบบ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีระบบติดตามเยี่ยมประเมินผล

การดำเนินงาน และการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 3 และมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังนี้

1. หน่วยผลิตบุคลากร ควรกำหนดหลักสูตรการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย ในระบบการเรียน นักศึกษาแพทย์ พยาบาล และเภสัช เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปใช้ที่บ้าน



ภาพที่ 3 สรุปผลการถอดบทเรียนด้านวิวัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. นโยบายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรมีอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับจังหวัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการเป็นแกนกลางในการเชื่อมประสานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ระดับ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ จนถึงชุมชน
2. ควรนำแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้บูรณาการเข้ากับการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3. ควรขยายโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต้นแบบให้มากขึ้นให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

1. ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ผู้นำทางศาสนาและองค์กรทางการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นซึ่งจะทำให้การดำเนินงานมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความยั่งยืนดังนั้นการสนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

อย่างแท้จริงในทุกกระบวนการตั้งแต่ขั้นของการวางแผนไปจนถึงขั้นของการประเมินผล จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปใช้ที่บ้าน

ด้านวิชาการ

4. หน่วยผลิตบุคลากร ควรกำหนดหลักสูตรการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย ในระบบการเรียน นักศึกษาแพทย์ พยาบาล และเภสัชศาสตร์ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

5. การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับโดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care givers) ในด้านองค์ความรู้ และทักษะที่จำเป็นนั้นยังคงมีความสำคัญซึ่งต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอาจมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ต้นแบบในพื้นที่อื่นๆ เพื่อนำมาพัฒนางานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ประธานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์การุณรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการดูแล

ผู้ป่วยระยะท้ายจังหวัดขอนแก่น และทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยประสานงานการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ การลงเก็บข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ขอขอบคุณหน่วยงานองค์กรเครือข่ายภาครัฐ ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. 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.
2. 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.
3. Piyawan Pokpalagon. Palliative Care Model in Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2016; 26(3): 41-51. [in Thai].

4. Wright M, Hamzah E, Phungrassami T, Bausa Claudio A. Hospice and palliative care in Southeast Asia: a review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines: Oxford University Press; 2010.
5. Suk-erb W. Resilience and coping: the perspectives of cancer patients, family caregivers, and medical volunteers at Khampramong Monastery, Thailand: University Of Northern Colorado; 2014.
6. Jarussaeng Pivon. Management to care for cancer patients. Final stage holistic A case study of fishing term Sakon Nakhon: Mahachulalongkorn University College; 2011. [in Thai].
7. Bunterngr Polsavat, Jaroonsree Meenongwah, Somrarn Phultong, and Chatwilia Wiboonwipa. Development of a Seamless Network System for the Caer of End of Life Patients in a Sub-district Health Promotion Hospital. Journal of Health Science 2017; 26(25): 908-913.
8. Poonthananiwatkul B, Lim RHM, Howard RL, Pibanpaknitee P, Williamson EM. Traditional medicine use by cancer patients in Thailand. Journal of Ethnopharmacology 2015; 6(20): 100-107.
9. Wilailuck Tantitrakul. Sureepon Thanasilp. Factors related to spiritual well being of terminal cancer patients. Journal of Bureau of Alternative Medicine 2009; 2(3): 27-35. [in Thai].
10. Sonti Lapbenjakul, Manop Kanato, Vorawut Chompupan. Self-esteem to health care performance of nurses in the Primary Care Unit: A Case Study of Lopburi Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2013; 1(1):79-87. [in Thai].
11. Vacira Botpiboon, Soulwanun Bamrerrac, Pranee Chaungkria. Development of knowledge and skills of personnel in Primary care for service the end of life of patients in Chum Phuang, Nakhon Ratchasima, Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2013; 1(2): 35-46. [in Thai].
12. Connor S, Bermedo MS. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva, Switzerland/ London, UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.

13. Aphinyana Arokhayasala Foundation. Thai Herbal Medicine & Meditation for Cancer Healing. 2014. p. 23-27.
14. Tassanee Tasprasit, Phimolrat Phimdee, Sasipin Mongkolchai, Paungpayom Jullapan, Yupayung Puttatum. The Development of the palliative care system for end life patients at udonthani hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013; 23(1): 80-90. [in Thai].
15. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of pain and symptom management 2013; 45(6): 1094-1106.

