

การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเชือก

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวพิชญ์อร ปิตตามานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ชื่อผู้นำเสนอผลงาน : นางสาวพิชญ์อร ปิตตามานัง งานการผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลนาเชือก

takkytoon@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา และระยะประเมินผล ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย 1) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 72 คน และ 2) ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 92 คน วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานด้วยตัวเลขค่าความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย จากการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) แนวทางการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย 4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทีมสหวิชาชีพ ชี้ให้เห็นถึงปัญหาความรู้สึกที่ครอบครัวของผู้ป่วยยังคงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไม่เพียงพอและมีความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษาน้อย อีกทั้งในมุมมองของสหวิชาชีพยังพบว่า มีปัญหาการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ชัดเจน รวมถึงยังไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหา รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และขาดการประสานงานการส่งต่อข้อมูล และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้กับทีมสุขภาพในชุมชน

ในระยะที่ 2 การพัฒนา มีการเริ่มวางระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยหรือคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง 2) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน PPS scale แบบประเมิน ESAS 3) วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทำประชุมกลุ่มร่วมกับญาติผู้ดูแล (Family meeting) ในการวางแผนการดูแลร่วมกันโดยมีพยาบาล case manager เป็นผู้ประสานงาน มีระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 4) ลงทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยในสมุดบันทึกและลงข้อมูล Pop-up ในระบบ Hosxp. ออกสมุดประจำตัวผู้ป่วย 5) การดูแลต่อเนื่องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชนโดยผ่านระบบ COC (Continuing of care center: COC) มีการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน อีกทั้งยังมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ให้บริการ

ในระยะที่ 3 การประเมินผลพบว่าจากการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 นั้น พบว่า 1) ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับมากที่สุดร้อยละ 87.5 (จำนวน 63 คน) ระดับมากร้อยละ 12.5 (จำนวน 9 คน) 2) ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับมากที่สุดร้อยละ 55 (จำนวน 13 คน) ระดับมากร้อยละ 40 (จำนวน 8 คน) และระดับปานกลางร้อยละ 5 (จำนวน 1 คน)

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเชือก

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวพิชญ์อร ปิตตามานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ชื่อผู้นำเสนอผลงาน : นางสาวพิชญ์อร ปิตตามานัง งานการผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลนาเชือก

takkytoon@gmail.com

ที่มา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย สถานการณ์ Palliative Care ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เปิดเผยผ่านเว็บไซต์ www.who.int เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562 พบว่า แต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีถึง 78% ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ข้อจำกัดหนึ่งของการดูแลแบบ Palliative care คือข้อบังคับที่เข้มงวดในการใช้มอร์ฟินและกลุ่มยาบรรเทาปวดอื่นๆ สำหรับบรรเทาอาการทรมานก่อนเสียชีวิต อุปสรรคสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care คือความเข้าใจและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่แพทย์ แต่รวมถึงพยาบาล และอาสาสมัครทางการแพทย์ในชุมชน สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care มากขึ้น มาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (noncommunicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น และการเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น สำหรับการดูแลและเน้นที่องค์รวมทุกมิติสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การ “บรรเทาอาการ” ทางร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่จะครอบคลุมถึง “ความต้องการภายใน” ของผู้ป่วย ตลอดจนความทุกข์ของญาติผู้ป่วยระหว่างการรักษา และช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบใน “บ้าน” ที่คุ้นเคยของคนไข้เอง แก่นสำคัญของ Palliative care ต้องยืนอยู่บนฐานของการเคารพในสิทธิมนุษยชนบนฐานสิทธิสุขภาพ (human right to health) และควรเป็นการจัดบริการทางสาธารณสุขผ่านความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลด้วย รายงานของ WHO ระบุตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ Palliative care ทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรค ดังนี้โรคหัวใจและหลอดเลือด 38.5% โรคมะเร็ง 34% โรคด้านระบบทางเดินหายใจ 10.3% AIDS 5% โรคเบาหวาน 4.6% นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care ด้วยเช่นกัน อาทิ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง พาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคดื้อยา

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด โดย 80% ของผู้ป่วย AIDS และมะเร็ง และ 67% ของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดตั้งแต่ระดับทนรับไหวไปจนถึงระดับรุนแรงในช่วงสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นยาระงับอาการปวดในกลุ่ม opiates ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลแบบ Palliative care

WHO ประเมินว่า แต่ละปีจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care อยู่ประมาณ 40 ล้านคน ในจำนวนนี้มีถึง 78% ที่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ขณะที่ 98% ของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายก็อาศัยในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางเช่นกัน

เหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการ Palliative care ไม่ได้ หรือเข้าถึงได้ยากนั้น ประกอบด้วย Palliative care ไม่ถูกนับรวมไว้ในระเบียบด้านสาธารณสุขสากล การฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขเพื่อให้บริการ Palliative care มีจำกัด หรือบางแห่งก็ไม่มี การฝึกอบรมเลย มีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงกลุ่มยาระงับหรือบรรเทาอาการปวด ซึ่งเป็นตัวยาจำเป็นในบางกลุ่มโรคไม่เข้าใจแก่น นโยบาย หรือประโยชน์ที่สาธารณะจะได้รับจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ Palliative care วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ความเข้าใจผิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ Palliative care เช่น เข้าใจว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มมะเร็ง หรือเข้าใจคำว่า “ระยะสุดท้าย” ว่าเป็นการมีชีวิตเหลือแค่ไม่นาน เช่น ผู้ป่วยเหลือเวลาอีกแค่ 1 สัปดาห์ เข้าใจผิดเรื่องการใช้กลุ่มยาระงับปวดว่าจะยิ่งเพิ่มความรุนแรงมากกว่าเดิม ผลการศึกษาในปี 2554 เรื่องการรักษา Palliative care ของ 234 ประเทศ พบว่ามีเพียง 20 ประเทศเท่านั้นที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ขณะที่ 42% ของพื้นที่ที่ศึกษาไม่มีการรักษาแบบ Palliative care เลย ขณะที่การสำรวจจากคณะกรรมการควบคุมสารเสพติดนานาชาติในปี 2553 ชี้ว่า มี 121 ประเทศในโลกที่ยาระงับอาการปวดมิให้บริการอย่างไม่เพียงพอ ซึ่งไม่เพียงพอแม้แต่จะให้บริการขั้นพื้นฐาน

ประเทศไทยมีความพยายามขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย กำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากการสำรวจโดยการจัดกลุ่มประเทศทั่วโลก พบว่าการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังคงอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบการดูแล การดูแลแบบประคับประคองมีเฉพาะในบางพื้นที่ การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วน ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ไม่ครอบคลุมองค์รวม ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตขาดความครอบคลุมในการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย โดยเน้นที่พื้นฐานความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายและสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาอย่างเป็นมาตรฐานและมีคุณภาพ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยได้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนดูแลและมีส่วนร่วมตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีความรู้สึกดีศรีที่จะตายและการตายที่ดี (Good death) อีกทั้งเพื่อให้ครอบครัวได้มีการเตรียมพร้อมต่อความสูญเสียและส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม และประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา และระยะประเมินผล ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย 1) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 72 คน และ 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 92 คนวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานด้วยตัวเลข

ค่าความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย จากการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) แนวทางการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย 4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติรวมถึงทีมสหวิชาชีพ ชี้ให้เห็นถึงปัญหาความรู้สึกรู้สึกที่ครอบครัวของผู้ป่วยยังคงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไม่เพียงพอและมีความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษาน้อย อีกทั้งในมุมมองของสหวิชาชีพยังพบว่ามีปัญหาการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ชัดเจน รวมถึงยังไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหา รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และขาดการประสานงานการส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้กับทีมสุขภาพในชุมชน

ในระยะที่ 2 การพัฒนา มีการเริ่มวางระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยหรือคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง 2) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน PPS scale แบบประเมิน ESAS 3) วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทำประชุมกลุ่มร่วมกับญาติผู้ดูแล (Family meeting) ในการวางแผนการดูแลร่วมกันโดยมีพยาบาล case manager เป็นผู้ประสานงาน มีระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 4) ลงทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยในสมุดบันทึกและลงข้อมูล Pop-up ในระบบ Hosxp. ออกสมุดประจำตัวผู้ป่วย 5) การดูแลต่อเนื่องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชนผ่านระบบ COC (Continuing of care center: COC) มีการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน อีกทั้งยังมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ให้บริการ

ในระยะที่ 3 การประเมินผลพบว่าจากการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 นั้น พบว่า 1) ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับมากที่สุดร้อยละ 87.5 (จำนวน 63 คน) ระดับมากร้อยละ 12.5 (จำนวน 9 คน) 2) ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับมากที่สุดร้อยละ 55 (จำนวน 13 คน) ระดับมากร้อยละ 40 (จำนวน 8 คน) และระดับปานกลางร้อยละ 5 (จำนวน 1 คน)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายและสหวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมาก กล่าวคือการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความเป็นไปได้ในการใช้งานได้จริงในบริบทโรงพยาบาลนาเชือกเนื่องจากเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายและสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจริง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น มีการดูแลที่รวดเร็วและต่อเนื่อง รวมถึงได้รับการจัดการอาการไม่สบายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพจากระบบที่สร้างขึ้น ทั้งนี้ยังช่วยให้สหวิชาชีพมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีความง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์และมีความเหมาะสมในบริบทของหน่วยงาน

อธิบายการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาในระยะเริ่มต้น และเป็นข้อมูลที่ใช้ในการศึกษายังคงเป็นข้อมูลจากตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งการเก็บข้อมูลต่อไปจากการงานประจำ อาจช่วยให้ในระยะถัดไปมีข้อมูลเพิ่มเติมและสามารถเข้ากับบริบท รวมถึงทำให้สะดวกต่อการทำงานของทีมสหวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น และข้อมูลความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยรวมถึงทีมสหวิชาชีพที่ได้จากการศึกษานี้ยังสามารถให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะถัดไปให้ดียิ่งขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถใช้งานได้จริงในบริบทของตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเชือกที่เกิดจากพื้นฐานความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายและสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเชือกทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจส่วนมากในระดับมากที่สุดถึงมาก

เอกสารอ้างอิง

- Ynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013;45(6):1094-106
- เทศประสิทธิ์ ท, พิมพีดี พ, มงคลไชย ศ, จุลพันธ์ พ, พนมธรรม ย. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี. *NJPH (วารสาร พ.ส.) [Internet].* 2013 Jul. 2 [cited 2023 Feb. 19];23(1):80-9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/9822>
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2543). การจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์.
- สุภาพร เสือรอด และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2558). การให้บริการสุขภาพเชิงรุกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ติดชายแดนภาคตะวันตก. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ. (2555). การพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่ : ครองช่างพิมพ์ตั้งจำกัด.
- อุษนันท์ อินทมาสน์. (2546). การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สาธารณสุข, กระทรวง, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2550). *แนวทางการพัฒนาหน่วยบริการทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.*
- อัญญา พลดเปลื้อง. (2546). ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*