# การพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

# The Development of Referral Continuing Care Model for Pain Management in Advance Cancer Patient

*สิริกานดา กอแก้ว, พย.บ., Sirikanda kokaew, B.N.S.[1*]*
*รัตนพร วังคะฮาด, พย.บ., Rattanaporn Wangkahad, B.N.S.[1]*
*ปุญญพัฒน์ มีปิ่น, พย.บ., Punyapat Meepin, B.N.S.[1]*
*ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์, พย.บ., Yupa Sarunyuset, B.N.S.[1]*
*ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ปรด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.[2]*
*[1]งานพยาบาลหอผู้ป่วยพุทธรักษา **กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี*
*[1]Department of Nursing in Patient, Cluster of Nursing Lopburi Cancer Hospital*
*[2]อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย*
*[2]Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand*

**Corresponding Author Email: j.sirikanda@hotmail.co.th*

Received: September 16, 2022 Revised: April 11, 2023 Accepted: May 31. 2023

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการส่งต่อเพื่อการจัดการความปวดจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีและส่งต่อการดูแลเพื่อการจัดการอาการ เกณฑ์การคัดเข้า คือผู้ป่วยที่มีระดับ PPS ≤ 50% และแพทย์วางแผนจำหน่ายเพื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ 1) แบบประเมินความปวด และ2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการ

ส่งต่อการดูแลเพื่อการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

***คำสำคัญ:*** *แบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย*

## Abstract

The Quasi–Experimental Research aims to (1) to develop the referral continuing care model for pain management in advance stage of cancer patients(2) to compare pain management scores between experimental and control groups (2) to compare the satisfaction of the professional nurses toward the referral continuing care model for pain management between experimental and control groups. The samples were (1) professional nurses who involve in the referral continuing care model for pain management and (2) an advance stage of cancer patients at the End of Life stage with PPS level ≤ 50% who receiving treatment In Lopburi Cancer Hospital and plan discharge for continuing care at the community, 48 patients. There are 24 patients for experimental group. and 24 patients are control groups. The experimental instrument was used in this research project, developed by the researcher called the referral continuing care model for pain management in advance stage of cancer patients. And 2 instruments were used for collecting the data; the pain assessment scale and the tool for assessing satisfaction of 22 professional nurses toward the referral continuing care model, using non-parametric statistics of Mann-Whitney U-test. The results revealed that (1) The experimental group had mean scores of pain scores lower than those in the control group at the level of 95 percent confidence (p-value <.05). (2) The experimental group, professional nurses had mean score of the satisfaction of the referral continuing care model higher than the control group level of at the level of 95 percent confidence (p-value <.05). Therefore, the referral continuing care model for pain management in advance stage of cancer patients in Lopburi Cancer Hospital can manage life threatening on suffering for pain than traditional referral care model for pain management.

***Keywords:*** *The Referral Continuing Care Model, Advance Stage of Cancer Patient, Pain Management*

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยทั่วไปใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ชีวิตของผู้ป่วยถูกคุกคามจากความทุกข์ทรมานของโรคที่เป็นอยู่ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ จึงเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นลดภาวะทุกข์ทรมานทั้งกาย ใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2014) การดูแลแบบประคับประคองเป็นการปฏิบัติดูแลที่ต้องทำงานเป็นทีม ในเชิงสหวิทยาการ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ ให้มีประสิทธิภาพ ที่ต้องดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว การส่งต่อจึงมีความสำคัญและเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับหน่วยงาน บุคคลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง

การจัดบริการสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ (ภูษิต ประคองสาย, 2559) ระบบการส่งต่อเป็นการเชื่อมโยงการบริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกันให้เกิดความต่อเนื่อง ปิดช่องว่างด้านความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นองค์รวม รวมถึงเป้าหมายความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และควรได้รับเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับบ้าน หรือ จากบ้าน และชุมชนกลับสู่โรงพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงอีกด้วย (ชุติมา เทียนทอง, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพียสุพรรณ์, 2564) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse :PCN) เขียนสรุปการดูแลผู้ป่วย โดยมีแบบสรุปการจำหน่าย ให้ผู้ป่วยถือกลับบ้าน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใกล้บ้าน หรือ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษามีข้อมูลสำหรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลในแบบสรุปการจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป ด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีเพียงบางส่วน เช่น ผู้ป่วยต้องการดูแลต่อเนื่องอะไรบ้าง ภาวะคุกคามจากโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hasson, et. al. (2020) พบว่า การดูแลแบบประคับประคองต้องดูแลแบบทีมสหวิทยาการที่ต้องอาศัยการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยงานที่ต้องการการประสานงานและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือการสื่อสารระหว่างหน่วยปฐมภูมิ และโรงพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญอันดับแรกในการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการส่งต่อการดูแล ทั้งนี้ข้อมูลสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการจัดการอาการทุกข์ทรมาน และไม่พึงประสงค์ ที่ซึ่งรวมถึงวิธีการควบคุมอาการเหล่านั้นและสำคัญที่สุดคือการจัดการอาการทุกข์ทรมานจากความปวด

จากสถิติของหอผู้ป่วยพุทธรักษา หออภิบาลคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปี 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 82, 267 และ 247 ราย ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรมโครงการพัฒนาต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ผู้เข้าอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดลพบุรี ที่ต้องส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีสู่ชุมชนจึง

ได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในจังหวัดลพบุรี พบว่ามีปัญหาการส่งต่อด้านการจัดการอาการ ทำให้มีความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการส่งต่อคือ ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการวินิจฉัยที่เป็นเฉพาะโรค เฉพาะราย ขาดรายละเอียดด้านร่างกาย ด้านอาการความทุกข์ทรมาน และการจัดการ เช่น คะแนนความปวด อาการเหนื่อยหอบ ลักษณะแผล ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลการประชุมครอบครัว (family meeting) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) คำแนะนำสำหรับการดูแลต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลผลการควบคุมอาการที่ผ่านมาของผู้ป่วย ช่องทางการประสานงาน ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชน ในหลายมิติ ในภาพกว้างและบุคคล จึงขาดความเข้าใจในการดูแลเฉพาะเรื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการอาการที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านขาดประสิทธิภาพ และผู้ป่วยถูกส่งกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยหวังจะให้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลเลิศกับทุกฝ่ายอย่างดีที่สุด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

**สมมติฐาน**

1) สามารถพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้

2) กลุ่มทดลองสามารถจัดการอาการปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

3) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมากกว่ากลุ่มควบคุม

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**1. รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย** หมายถึง รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้การวิเคราะห์ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ปัจจัยนำออก และการตรวจสอบย้อนกลับและกระบวนการสื่อสาร ประกอบกับข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองระยะท้ายที่กำหนด

1.1 ตัวผู้ส่งข้อมูลคือ พยาบาลประคับประคอง (PCN)

1.2 ข้อมูลที่ส่งได้จากการวิเคราะห์ ปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปได้แก่ แผนผังครอบครัว ระดับความสามารถทางกายของผู้ป่วยประคับประคอง (PPS) ของวันที่รับการรักษา และวันที่จำหน่าย ผู้ดูแลหลัก ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลหลัก ที่อยู่ที่ติดต่อได้ของผู้ป่วย สถานพยาบาล/แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน

2) เป้าหมายความต้องการการดูแลจากการประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ประกอบด้วย วันที่ทำการประชุมครอบครัว (family meeting) การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคและการพยากรณ์โรค ข้อมูลจากการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามาตรา 12

3) ข้อมูลความต้องการที่จำเป็นที่ได้จากการประเมินและสรุปปัญหาด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ

4) ข้อมูลการจัดการอาการ โดยเรียงลำดับความสำคัญ จากการใช้เครื่องมือการประเมินอาการผู้ป่วยประคับประคอง (Edmonton Symptom Assessment System :ESAS) โดยระบุคะแนนและรายละเอียดของอาการ มีรูปภาพให้ระบุตำแหน่งที่มีอาการ อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในการจัดการอาการ

5) วิธีการจัดการอาการปวดที่โรงพยาบาลรวมถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ และคำแนะนำ การใช้ยาเพื่อการจัดการอาการปวดเฉพาะ

6) แผนการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ความเร่งด่วนของการติดตามเยี่ยม ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

7) ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ เอกสารแนวทางการจัดการอาการปวดที่เป็นอาการรบกวนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้าย โดยสามารถ download ได้ที่ QR code ในใบส่งต่อ ชื่อผู้ประสานการดูแลต่อเนื่อง หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน Palliative care center ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ทั้งในเวลา และนอกเวลา

1.3 กระบวนการส่งข้อมูล โดยวิธี ส่งทางโปรแกรม Continue of care :COC หรือ E-mail หรือระบบไลน์

1.4 ปัจจัยนำ

1.5 ออกแบบบันทึกการส่งต่อ

1.6 การตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งต่อ เพื่อการประเมินความถูกต้องเหมาะสมโดยพยาบาลประคับประคอง (PCN) ตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียน และทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยหรือ ผู้ดูแลหลัก

1.7 ข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับส่งต่อ การตอบกลับทางโปรแกรม COC หรือ E-mail หรือระบบไลน์

**2. การจัดการอาการความปวด** หมายถึง การดูแลตามแนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยจัดระดับความปวด (pain score) เป็น 3 ระดับคือ คะแนน 1-3 (ระดับน้อย) คะแนน 4-6 (ระดับปานกลาง) คะแนน 7-10 (ระดับรุนแรง) ตาม QR code ที่ให้ไว้ในแบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

**3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพในทางบวก ที่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังในการส่งต่อการดูแลด้านข้อมูลผู้ป่วยและด้านการจัดการอาการปวดโดยจัดระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ คือ คะแนน 5-10 (ระดับน้อย) คะแนน 12-18 (ระดับปานกลาง) คะแนน 19-25 (ระดับมาก)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (Quasi- Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดระยะท้ายที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่แพทย์วางแผนจำหน่ายเพื่อกลับไปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากรูปแบบการส่งต่อการดูแลที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากการส่งต่อแบบเดิม เกณฑ์การคัดเข้าคือผู้ป่วยที่ มีระดับคะแนน

Palliative Performance Scale (PPS) ≤ 50% เป็นคะแนนการประเมินในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และระยะท้าย (Hospice Eligibility, 2021) ร่วมกับมีอาการปวด คะแนนความปวด ≥3 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน โดยกำหนดลำดับการรับผู้ป่วยเข้ามารับบริการการส่งต่อเป็นลำดับเลขคี่กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง และลำดับการรับผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการการส่งต่อเป็นลำดับเลขคู่ กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเขตพื้นที่สุขภาพที่ 3 และ 4 ที่รับส่งต่อการดูแลผู้ป่วย จำนวน 44 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2562 มีขั้นตอนการดำเนินการ คือ 1) พัฒนาและสร้างรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) นำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2562 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีและกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) หลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านครบ 1 เดือนผู้วิจัยเก็บข้อมูล หลังการใช้รูปแบบเพื่อประเมินผลการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ (IOC = 1) หาค่าความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .99 ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น ด้านข้อมูล 5 ข้อ และด้านการจัดการอาการผู้ป่วย 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2.2 แบบประเมินอาการ ความปวด ใช้ Numerical Rating Scale (NRS) เป็นชุดของตัวเลข 0-10 , 0 คือไม่ปวดเลย 10 คือ ปวดมากจนทนไม่ได้

**3. การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังในแต่ละกลุ่มใช้สถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed Ranks Test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test และการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test

**3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี รหัสโครงการ LEC 6234 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2562

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คนที่ใช้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นรูปแบบและแบบบันทึกการส่งต่อแบบเดิม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 100.00) และทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี โดยมีอายุเฉลี่ย 44 ปี และประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 23 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 95.50) และเกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี 21 คน (ร้อยละ 95.50) มีอายุเฉลี่ย 40 ปี และมีประสบการณ์การทำงาน เฉลี่ย 18 ปี (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับส่งต่อผู้ป่วย (n=44)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| **เพศ** | | |
| หญิง | 22 (100) | 21 (95.50) |
| ชาย | | 1 (4.50) |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ปริญญาตรี | 22 (100) | 21 (95.50) |
| ปริญญาโท | | 1 (4.50) |
| **อายุ (ปี)** | | |
| Mean (SD) | 44.41 (9.28) | 40.55 (6.52) |
| Min-Max | 26-58 | 32-55 |
| **ประสบการณ์การทำงาน (ปี)** | | |
| Mean (SD) | 23.90 (9.72) | 18.77 (6.86) |
| Min-Max | 4-38 | 10-35 |

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 24 คนที่ส่งต่อโดยใช้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นรูปแบบและแบบบันทึกการส่งต่อแบบเดิม

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 คน (ร้อยละ 66.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 17 คน (ร้อยละ70.80) และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา โดยมีอายุเฉลี่ย 57 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 58.30) และเกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 23 คน (ร้อยละ 95.80) มีอายุเฉลี่ย 57 ปี (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งต่อ (n=48)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| **เพศ** | | |
| หญิง | 16 (66.70) | 14 (58.30) |
| ชาย | 8 (33.30) | 10 (41.70) |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 3 (12.50) | 4 (16.70) |
| สมรส | 17 (70.80) | 18 (75.00) |
| หม้าย | 4 (16.70) | 2 (8.30) |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ไม่ได้เรียน | 4 (16.70) | 0 (.00) |
| ประถมศึกษา | 16 (66.70) | 23 (95.80) |
| มัธยมศึกษา | 2 (8.30) | 1 (4.20) |
| อนุปริญญา | 1 (4.20) | 0 (.00) |
| ปริญญาตรี | 1 (4.20) | 0 (.00) |
| **อายุ (ปี)** | | |
| Mean (SD) | 57.38 (13.32) | 56.63 (8.60) |
| Min-Max | 31-86 | 36-73 |

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งต่อมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.96 และ 2.83 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.33 และ 5.08 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=48)

| คะแนนความปวด | ก่อน<br>Mean SD | หลัง<br>Mean SD | Wilcoxon Signed Ranks Test | p-value |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 3.96 2.74 | 2.83 2.33 | -2.52 | .012 |
| กลุ่มควบคุม | 4.33 3.42 | 5.08 2.52 | -1.68 | .093 |

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 1.125 และ -.75 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=48)

| คะแนนความปวด | กลุ่มทดลอง Mean SD | กลุ่มควบคุม Mean SD | Mann-Whitney U | p-value |
|---|---|---|---|---|
| ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความปวด | 1.125 1.73 | -.75 2.11 | 145.00 | .003* |

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 47.05 และ 18.14 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยด้านข้อมูลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 21.41 และ 10.23 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในด้านการจัดการอาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 25.64 และ 7.91 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

| ความพึงพอใจ | กลุ่มทดลอง Mean SD | กลุ่มควบคุม Mean SD | Mann-Whitney U | p-value |
|---|---|---|---|---|
| ด้านข้อมูลผู้ป่วย | 21.41 3.21 | 10.23 4.12 | 28.50 | .001* |
| ด้านการจัดการอาการ | 25.64 5.05 | 7.91 5.36 | 32.00 | .001* |
| **รวม** | **47.05 8.06** | **18.14 9.05** | **29.50** | **.001*** |

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพอจะสรุปได้ว่า รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ส่งต่อด้วยรูปแบบการส่งต่อเพื่อการจัดการอาการปวดได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องมีคะแนนการจัดการอาการด้านความปวดลดลงมากกว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ส่งต่อด้วยแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นแบบบันทึกการส่งต่อแบบเดิม และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการส่งต่อด้านการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลเพื่อการจัดการอาการปวด สูงกว่าการส่งต่อด้วยแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นแบบบันทึกการส่งต่อแบบเดิม

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ รูปแบบการส่งต่อการดูแล

ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้เพิ่มข้อมูลที่สำคัญเพื่อสื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับความสามารถทางกายของผู้ป่วยประคับประคอง และระยะท้าย (PPS) ของวันที่รับการรักษาและวันที่จำหน่าย ผู้ดูแลหลัก ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และหมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ รวมทั้งสถานพยาบาล/แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน การประเมินอาการรบกวน โดยใช้การประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) รวมถึง ยาที่ผู้ป่วยได้รับ การประเมินด้านจิตใจ สังคม การประเมินด้านจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ข้อมูลการประชุมครอบครัว การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค และได้บันทึกข้อมูลจากการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง การเข้ารักษาในห้อง ไอ.ซี.ยู. (I.C.U) การกระตุ้นระบบไหลเวียนกระบวนการฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต การทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามาตรา 12 อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ที่ต้องจัดเตรียม หรือได้รับการจัดเตรียมเรียบร้อยแล้ว แผนการดูแลต่อเนื่อง ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งยังมี แนวทางการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับส่งต่อการดูแลสามารถ download เอกสารต่าง ๆ จาก QR code หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน palliative care center ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้ทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน สามารถให้บริหารจัดการทางการพยาบาลด้านการจัดการอาการรบกวนในการ ดูแลผู้ป่วยได้ดีโดยเฉพาะอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการศึกษา ชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์ และศิวพล ศรีแก้ว (2560) วิจัยเรื่องการพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแบบบันทึกส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเครื่องมือสื่อสารทางพยาบาล ซึ่งช่วยลดเหตุการณ์การส่งต่อข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ได้ ที่สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกได้จริง และนิอร สิริมงคลเลิศกุล และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ (Stroke Man) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย รหัสผู้ป่วย ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด เพศ อายุ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โรคประจำตัว ข้อมูลการแพ้ยา ข้อมูลการสูบบุหรี่ ข้อมูลการดื่มสุรา ประวัติการเป็นโรคของครอบครัว และโรงพยาบาลที่ส่งต่อ ผลการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การรักษาที่ให้ไว้แล้ว สาเหตุที่ส่ง สิทธิการรักษา รายละเอียดอื่น ๆ ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกโปรแกรมการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ มีการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความล่าช้าต้องติดตามหาข้อมูลเพิ่มเติม เกิดผลเสียต่อการรักษา ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ด้านบุคลากร ขาดความตระหนักของการบันทึก ขาดความรู้ เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล และด้านการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ส่งต่อด้วยรูปแบบการส่งต่อเพื่อการจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่มีคะแนนสูงกว่าการใช้การส่งต่อในรูปแบบเดิมที่ส่งต่อด้วยแบบสรุปการจำหน่าย

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วน ข้อมูลส่งต่อมีเนื้อหาอ่านแล้วเข้าใจง่าย ส่วนแนวทางการจัดการอาการของผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปช่วยจัดการความปวดให้ลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องกลับเข้ามาโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพียสุพรรณ์ (2561) ได้เสนอขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลต่อเนื่องและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายดูแลแบบประคับประคอง

วิจัยของ ชุติมา เทียนทอง และคณะ (2564) ศึกษาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาเดิม ได้แก่ อาการปวด คิดเป็นร้อยละ 45.23 มีสาเหตุจากทั้งด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัวและการตัดสินใจในเรื่องการสื่อสารเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการนำไปวางแผนการดูแลและพัฒนาระบบการให้บริการดูแลแบบประคับประคอง

และงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์ วงศ์ใหญ่, และภัทรนัย ไชยพรม (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง องค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ การเชื่อมระบบการดูแลระยะท้ายแบบไร้รอยต่อตั้งแต่โรงพยาบาล ชุมชนและครอบครัว เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย ปรับระบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้ QR code พบว่าผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก โดยความพึงพอใจในระบบการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด และการจัดการอาการปวดดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลากหลายประเภท มีความจำเป็นต้องการรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วน โดยเฉพาะคำแนะนำที่มีรายละเอียด

## ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ควรนำรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปใช้เพื่อให้การสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาความรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองและจัดการอาการรบกวนอื่นที่สำคัญเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีที่สนับสนุนการดำเนินการ และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยจนทำให้โครงการวิจัยสำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

ชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์, และศิวพล ศรีแก้ว. (2560). การพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี*, นครพนม: มหาวิทยาลัยนครพนม.

ชุติมา เทียนทอง, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพียสุพรรณ์. (2564). การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 36*(4), 469-473.

นิอร สิริมงคลเลิศกุล, ฐานุตร์ ถมังรักษ์สัตว์, พบสุขตัณสุหัช, วิทยศักดิ์ รุจิวรกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, สายพิน กัญชาญพิเศษ, และจรวยพร ใจสิทธิ์. (2565). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ (Stroke Man). *เวชสารแพทย์ทหารบก,* 75(1), 39-49.

ภูษิต ประคองสาย. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

รัตนาภรณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์ วงศ์ใหญ่, และภัทรนัย ไชยพรม. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 4*(2), 1-19

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพียสุพรรณ์. (2561). *แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล Operational Guidelines for Hospital Palliative Care Program*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Hasson, F., Nicholson, E., Muldrew, D., Bamidele, O., Payne, S., & McIlfatrick, S. (2020). International palliative care research priorities: a systematic review. *BMC palliative care, 19*(1), 1-16.

World Health Organization. (2014).definition of palliative care. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Hospice Eligibility. (2021). *Hopice Eligibility*. Retrieved from https://www.alivehospice.org/wp-content/uploads/2021/06/Hospice Eligibility-2021.pdf