

การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้*

กิตติกร นิลมานัต Ph.D (Nursing)**

มลธิรา อุดชุมพิสัย Ph.D (Nursing)***

ภัทรสิริ พจมานพงศ์ พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)****

นิภา นิยมไทย Ph.D (Nursing)*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อบรรยายการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้ และ 2) เพื่อบรรยายปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้

การออกแบบวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาหลายกรณี

การดำเนินการวิจัย คัดเลือกพื้นที่สำหรับการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติคือเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 92 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย การบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้มี 3 รูปแบบ คือ การดูแลแบบประคับประคองโดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองโดยมีชุมชนเป็นฐาน และจิตอาสาสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ การทำงานด้วยจิตอาสา การสนับสนุนจากผู้บริหารขององค์กร และการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในชุมชน อุปสรรคในการดำเนินงานประกอบด้วย ข้อจำกัดในการเข้าถึงและการใช้ระยะจับเวลา การทำงานแบบแยกส่วน ขาดการประสานงาน การขาดความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ การขาดแคลนบุคลากรและภาระงานของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง และความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารองค์กรควรกำหนดนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพของโรงพยาบาลและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองในทุกระดับและสาขาวิชาชีพ และการส่งเสริมการประสานงานโดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความต่อเนื่องด้านข้อมูล และพัฒนาระบบการจัดการด้านยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในทุกระดับบริการเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออยู่บ้าน ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่มีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(2) 76-93

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง / การดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน / บริบทภาคใต้

วันที่ได้รับ 29 มค. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 มีนาคม 62 วันที่รับตีพิมพ์ 1 เมย. 62

*ทุนสนับสนุนวิจัยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต

**ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: kittikorn.n@psu.ac.th

***อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

*****นักวิชาการอิสระ

Continuing Hospital-to-Home Palliative Care: A Southern Thai Context*

Kittikorn Nilmanat Ph.D (Nursing)**

Monthira Udchumpisai Ph.D (Nursing)***

Pattarasiri Potjamanpong M.N.S (Adult Nursing)****

Nipa Niyomthai Ph.D (Nursing)*****

Abstract:

Objective: To describe 1) continuing hospital-to-home palliative care services in southern Thailand; and 2) supportive factors for, and obstacles to, provision of continuing hospital-to-home palliative care in southern Thailand.

Design: Qualitative multiple-case study.

Methodology: The research sites were purposively selected, based on these criteria, namely, 1) being tertiary care centres or regional hospitals; 2) providing continuing hospital-to-home palliative care services; and 3) serving as healthcare centres with links to secondary care hospitals, primary care units or sub-district health-promoting hospitals. In total, four regional or tertiary hospitals were selected. The participants were (1) terminal patients and their family caregivers and (2) stakeholders involved in palliative care services, totalling 92. Interviews, focus-group discussions, and observation were data collection methods. The data were analysed using content analysis.

Results: Three models of continuing hospital-to-home palliative care were identified in the southern Thai context: (1) hospital-based palliative care; (2) integrated community-based palliative care; and (3) volunteer-supported palliative care. Voluntary assistance, support from organisations' administrators, and collaborative community networking were identified as major supporting factors. Limited access to the use of analgesics, compartmentalisation without coordination, lack of knowledge and skills, insufficiency and workload of palliative care personnel and shortage of medical equipment were identified as major obstacles.

Recommendations: To provide patients and their families with continuing services and improve their quality of life, it is necessary that healthcare organisation administrators actively integrate palliative care as one major healthcare service provided by each hospital, support healthcare personnel at all levels and in all fields of specialisation to optimise their palliative care expertise, promote coordination through efficient communication to ensure uninterrupted flow of information, and systematically improve medication and medical equipment management at all levels of service. Also, further research on effects of different palliative care models is recommended.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(2) 76-93

Keywords: palliative care; continuing hospital-to-home palliative care; southern Thai context

Received 29 January 2019, Revised 28 March 2019, Accepted 1 April 2019

* This project have received funding support from Office of the National Strategic Plan for health promotion at the end of life

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Email: kittikorn.n@psu.ac.th

*** Senior lecturer, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

**** Senior lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

***** Independent Scholar

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์¹ โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่ามีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลกจำนวน 40 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง² สำหรับประเทศไทย การพัฒนาด้านการดูแลแบบประคับประคองถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 3เอ ซึ่งหมายถึงมีการพัฒนาด้านการดูแลแบบประคับประคองในบางพื้นที่ที่มีข้อจำกัดของการใช้ยาระงับปวด รวมทั้งการบริการส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน³ นอกจากนี้จากการลำดับคุณภาพการตาย โดยพิจารณาจากสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลแบบประคับประคองทรัพยากรมนุษย์ ความสามารถในการจ่ายในการดูแลคุณภาพการดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน ประเทศไทยได้รับการจัดอยู่ในลำดับที่ 44 จาก 80 ประเทศทั่วโลก⁴ ทั้งนี้หลายหน่วยงานได้พยายามพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵ ได้จัดทำคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้านการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างองค์รวมในชุมชนและที่บ้านอย่างเหมาะสม และเพื่อได้รับความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็น นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2561 การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งใน 19 แผนการจัดบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข จึงเห็นได้ว่าประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันมีการพัฒนาการบริการการดูแลแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ดังเช่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี⁶ ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การจัดสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย

การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและการพัฒนาระบบการส่งต่อ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก และกุ่มพล⁷ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน จังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการนำแนวคิดการดูแลตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานมาผสมผสานในการดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการ มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น และเสียชีวิตอย่างสงบ นอกจากนี้สุริระ, ศรีชา, และไพโรจน์กุล⁸ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการเยี่ยมบ้านเพื่อถามปัญหาสุขภาพ ให้กำลังใจ ช่วยดูแลผู้ป่วยและแนะนำข้อมูลในด้านการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย

สำหรับภาคใต้ มีการศึกษาของสวัสดิ์ดินถนาท, ธานีรัตน์, และ วิเศษธาร⁹ พบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ฯแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประกอบด้วย การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ และการติดตามและประเมินผลลัพธ์จากผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น และมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมในโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรกดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมุสลิม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะท้ายเป็นการดูแลในโรงพยาบาล ขณะที่

ระยะใกล้ตายและระยะหลังการเสียชีวิตจะเป็นการดูแลที่บ้าน โดยพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และอสม. ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล ขณะที่บทบาทองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เน้นการสนับสนุนด้านทรัพยากร และผู้นำศาสนามีบทบาทให้การดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ¹¹

การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากสถานบริการระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่ง และเป็นการส่งต่อดูแลหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน¹² จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาสำหรับดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลหรือในชุมชน ยังไม่เห็นภาพการดูแลที่ต่อเนื่องและการเชื่อมต่อเชิงระบบระหว่างโรงพยาบาลต่างระดับ หรือจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ชัดเจน และมักเน้นการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้นทีมวิจัยจึงสนใจศึกษาการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้ เพื่อนำข้อมูลใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของทั้งผู้จัดบริการและผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรยายการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้
2. เพื่อบรรยายปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาหลายกรณี ซึ่งการวิจัยแบบกรณีศึกษามีความเหมาะสมในการศึกษาเชิงลึกของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งภายใต้บริบทเฉพาะในสถานการณ์จริง โดยอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เพื่อนำเสนอถึงความหลากหลายของความจริงที่อยู่ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาทั้งที่ความสอดคล้อง แตกต่าง และขัดแย้งกับข้อเท็จจริงในสังคม¹³ สำหรับการวิจัยแบบหลายกรณี (multiple case studies) จะใช้เมื่อผู้วิจัยสนใจศึกษากรณีศึกษามากกว่า 1 หน่วย เพื่อค้นหาและตรวจสอบตรรกวิทยาการเกิดซ้ำ (replication logic) ทำให้มีความเข้าใจในกรณีที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งถึงกระบวนการเกิดปรากฏการณ์นั้น¹⁴ ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้เลือกการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษาและเลือกศึกษาใน 4 พื้นที่ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อทวนสอบข้อมูลและความครอบคลุมของข้อมูล¹⁵

สถานที่ศึกษา

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติพื้นที่คือ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นแม่ข่ายและมีการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคองเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลทุติยภูมิ และ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 จังหวัด

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้ป่วย ผู้ใหญ่ระยะท้ายและผู้ดูแล และ 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้บริหารขององค์กร และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือ

2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนร่วมให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของหน่วยงาน ได้แก่ บุคลากรสุขภาพและสาธารณสุข และ อสม.

จิตอาสาดูแลผู้ป่วย และ เจ้าหน้าที่อปท. รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 92 คน รายละเอียดและจำนวนผู้ให้ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเภทและจำนวนของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน				รวม
	รพ. ตติยภูมิ	รพ. ทุตติยภูมิ	รพ.สต.	หน่วยบริการปฐมภูมิ	
ผู้บริหารโรงพยาบาล	4	2	2	-	8
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	2	-	-	-	2
พยาบาล	17	9	2	2	30
อื่นๆ ได้แก่ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์	3	2	-	-	5
ผู้ป่วยระยะท้าย	2	-	2	1	5
ญาติ	2	-	2	1	5
อสม.	-	-	20	-	20
จิตอาสา	15	-	-	-	15
เจ้าหน้าที่อปท.	-	2	-	-	2
รวม	45	15	28	4	92

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มตามประเภทผู้ให้ข้อมูล (ตารางที่ 2) โดยแนวคำถามทั้งหมดผ่านการพิจารณา

ความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 2 ท่าน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรับตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแนวคำถามตามประเภทผู้ให้ข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	แนวคำถาม	การเก็บข้อมูล	
		สัมภาษณ์	สนทนากลุ่ม
ผู้บริหารโรงพยาบาล	ระบบการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยงานของท่าน	✓	
	มีโครงสร้างการบริหารอย่างไร		
	ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคมีอะไรบ้าง อย่างไร		
บุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคอง และ อปท.	การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาล	✓	✓
	สื่อบ้านมีการดำเนินการอย่างไร		
	ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไร		
	ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคมีอะไรบ้าง อย่างไร		

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแนวคำถามตามประเภทผู้ให้ข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	แนวคำถาม	การเก็บข้อมูล
		สัมภาษณ์สนทนากลุ่ม
ผู้ป่วยระยะท้าย	ท่านได้รับการดูแลอย่างไรบ้างจากโรงพยาบาล ท่านมีปัญหาหรือความต้องการความช่วยเหลือใดบ้าง จากใครและอย่างไร	✓
ผู้ดูแล	ท่านดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร ท่านต้องการและได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง จากหน่วยงานใด อย่างไร	✓
อาสาสมัคร/จิตอาสา	ท่านได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไรบ้าง อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีอะไรบ้าง	✓

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ ประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หนังสือ เลขที่ ศธ 0521.1.05/884 ให้ไว้ ณ วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2558 ที่มวิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งสิทธิของผู้ให้ ข้อมูลในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและใช้รหัส แทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูลและลงชื่อในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ทีมวิจัยได้ติดต่อ โรงพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง ของแต่ละโรงพยาบาลที่เลือกเพื่อประสานงานนัดหมาย วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการ

สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่ พัฒนาขึ้น และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง มีรายละเอียดดังนี้

การสัมภาษณ์ โดยแนวคำถามการสัมภาษณ์ ตามประเภทของผู้ให้ข้อมูล เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ และความเป็นกันเอง เพื่อให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ ผ่อนคลาย ลักษณะเป็นเหมือนการสนทนารับฟังอย่าง ตั้งใจไม่ตัดสิน เน้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องตามประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นจริงและยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้เกิด ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง และ นัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมเมื่อมีประเด็นที่ไม่ชัดเจน ใน การศึกษาครั้งนี้มีการสัมภาษณ์ 34 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 - 60 นาที ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหาร โรงพยาบาล 8 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง 7 คน ผู้ป่วยระยะท้าย 5 คน และผู้ดูแล 5 คน เภสัชกร 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน นักโภชนาการ 1 คน และเจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน

การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสนทนา กลุ่มตามประเภทของผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ มี สนทนากลุ่ม 9 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60 - 90 นาที

แบ่งเป็นการสนทนากลุ่มพยาบาล 5 กลุ่ม ๆ ละ 6 - 7 คน จิตอาสา 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 - 8 คน อสม. 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน การสังเกต เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทการทำงานในพื้นที่เป้าหมาย ทีมวิจัยติดตามสังเกตการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมบ้าน พื้นที่ละ 1 - 2 วัน ตามวันและเวลาที่กำหนดโดยหน่วยงานที่ศึกษา รวมการสังเกตทั้งสิ้น 8 วัน

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 8 เดือน โดยผู้วิจัยลำดับที่ 1, 2, และ 4 ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ทำหน้าที่ในการสัมภาษณ์ หรือนำสนทนากลุ่ม และผู้วิจัยลำดับที่ 3 ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกระหว่างกรสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทุกท่านเป็นผู้สังเกตและจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในบันทึกส่วนตัวและนำมารวบรวมเพื่อประกอบข้อมูลการสังเกตในภาพรวมแต่ละพื้นที่

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ทีมวิจัยสร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของลินคอล์นและกิวา¹⁵ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการสังเกตการทำงานของบุคลากรในพื้นที่เป้าหมายพื้นที่ละ 1 - 2 วัน นอกจากนี้ทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checks) หัวหน้าโครงการวิจัยจดบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้งที่ไปสัมภาษณ์และจัดเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยแต่ละท่านนำบทสัมภาษณ์และบทสนทนากลุ่มไปอ่านและวิเคราะห์ข้อค้นพบที่ได้อย่างอิสระ จากนั้นทีมวิจัยนัดประชุมอภิปรายถึงข้อค้นพบที่ได้ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือน

และความต่างประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ และหาข้อสรุปร่วมกันโดยใช้ข้อมูลดิบที่ได้เป็นหลักในการอภิปราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹⁶ โดยถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม จากแถบบันทึกเสียง แบบคำต่อคำ โดยไม่มีการสรุป หรือดัดแปลงข้อความใด ๆ ผู้วิจัยแต่ละคนรับผิดชอบอ่านบทสัมภาษณ์และบทสนทนากลุ่ม รวมทั้งบันทึกภาคสนามโดยการตั้งประเด็นสำคัญและข้อค้นพบที่เกิดขึ้น จากนั้นนัดประชุมทีมวิจัยทุกสัปดาห์หลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลครบทุกพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม มีการอภิปรายถึงข้อค้นพบที่ได้ และตรวจทานผลการวิเคราะห์กับบทสัมภาษณ์และบทสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อสรุปและเลือกเนื้อหาสาระที่สำคัญเพื่อตอบโจทย์ในการวิจัย

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ ที่เป็นแม่ข่าย 4 แห่งเข้าร่วมศึกษาพบว่าทุกโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองและส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องผ่านการติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ไม่มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ 3 ใน 4 โรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายที่เข้าร่วมมีคลินิกระงับปวด และคลินิกการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยนอก และพบว่า 2 แห่งมีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองทำหน้าที่ในการรับให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ด้านบุคลากรพบว่าโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายที่ศึกษาเพียง 1 แห่งที่มีแพทย์ที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางระยะสั้นด้านการดูแลแบบประคับประคอง

และพยาบาลที่ผ่านการอบรมระยะสั้นด้านการดูแลแบบประคับประคอง 6 สัปดาห์ และมี 2 แห่งที่พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง 4 เดือน ส่วนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิลูกข่าย มีเพียง 1 แห่งที่มีพยาบาลผ่านการอบรม

เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง 4 เดือนสำหรับรพ.สต. ทุกแห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิมีเพียงบริการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลที่เยี่ยมบ้านยังไม่ผ่านการประชุมหรืออบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองแบ่งตามระดับสถานพยาบาล

ประเภทการบริการ	ระดับ									
	ตติยภูมิ				ทุติยภูมิ		รพ.สต.		หน่วยบริการปฐมภูมิ	
	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2
คลินิกะงับปวด	✓	✓	✓	×	×	×	×	×	×	×
คลินิกการดูแลแบบประคับประคอง	✓	×	✓	✓	×	×	×	×	×	×
หอผู้ป่วยการดูแลแบบประคับประคอง	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง	✓	×	×	✓	×	×	×	×	×	×
งานเยี่ยมบ้าน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง										
แพทย์	×	×	×	✓	×	×	×	×	×	×
พยาบาล	✓	✓	×	✓	✓	×	×	×	×	×

✓ มี ✕ ไม่มี

ผลการศึกษาพบว่า การบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสามารถออกเป็น 3 รูปแบบได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน 2) รูปแบบการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองโดยมีชุมชนเป็นฐาน และ 3) รูปแบบจิตอาสาสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองโดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital based palliative care) เป็นการให้บริการโดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นแม่ข่าย และมีการจัดตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โดยมีพยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และผ่านการอบรม

เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง รับผิดชอบเป็นผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่ศูนย์รับให้คำปรึกษาแก่พยาบาลระดับปฏิบัติการในแผนกผู้ป่วยในเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัว และมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน และทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคองแก่พยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่ายระดับทุติยภูมิและรพ.สต. รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลแบบประคับประคอง โดยการจัดประชุมวิชาการ ประชุมปรึกษารายกรณี พัฒนาแนวปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการ

อบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง และ/หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด 1 คน ในการรับให้คำปรึกษาด้านการจัดการอาการ การประชุม ครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้ ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่ศูนย์ฯที่ตั้งขึ้น

การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีชุมชนเป็นฐาน (Integrated community based palliative care) พบในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เป็นรูปแบบบริการการดูแลที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ใช้แนวทางการทำงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) รูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับภาคีทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายสาธารณสุข รวมทั้งจิตอาสา เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนเป็น เจ้าของโครงการ ทำให้เกิดการบริการเชิงรุกในการ ค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน และการดูแลที่สอดคล้องกับ มิติทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้สามารถให้บริการที่ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ตัวอย่างที่พบคือ หนึ่งในโรงพยาบาลทุติยภูมิที่ศึกษา ผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และให้ อปท. เป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ ทำให้สามารถสอดแทรก แนวคิดด้านสุขภาพเข้าในการทำงานท้องถิ่น และมี แนวคิดให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลของชุมชนไม่ใช่ เพียงโรงพยาบาลระดับชุมชน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง อธิบายว่า

“ผอ. เป็นกรรมการอบจ. และกระตุ้นให้จัดสรร งบเพื่อซื้ออุปกรณ์การแพทย์เพื่อเอาไปไว้ที่ อบต. ทุก อบต. เป็นศูนย์อุปกรณ์ประจำตำบล ให้เขาดูแลกันเอง ปีนหน้าจะเปลี่ยนชนิดอุปกรณ์ ด้วยวิธีการนี้ทำให้อบต. ทราบปัญหาความต้องการ ของชุมชน ไม่ต้องมาพึ่งพิงโรงพยาบาล” SH3DN

จิตอาสาสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง (Volunteer support palliative care) เป็นการบริการ ด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่บ้านที่มีจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือบรรเทา ทุกข์ใจของผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล และมีการส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไปยัง เครือข่ายจิตอาสาในชุมชน รูปแบบนี้พบในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิที่อยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแล แบบประคับประคองและมีข้อจำกัดในการประสานงาน กับเครือข่ายในชุมชน ดังความคิดเห็นของพยาบาลที่ รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิที่ให้ความเห็นว่า ความสำเร็จของการดูแล ระยะท้ายอย่างต่อเนื่องส่วนหนึ่งเกิดจากการทำงาน ด้วยใจและการมีจิตอาสาเข้ามาช่วยส่งเสริมให้เกิดการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง

“ที่นี่มีทีมจิตอาสาที่มาจากชมรม ซึ่งเป็น back ที่สำคัญ ที่ทำให้พี่สามารถ runงานไปได้ทุกวัน โดยที่บางเรื่องเราไม่ต้องลงไปเล่นเอง เราไม่ ต้องบริหารจัดการอยู่คนเดียว แต่เราสามารถ จัดการ มอบหมายงานตรงนี้ได้” TH2PCN1

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค ในการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล แบบประคับประคองมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง อย่างต่อเนื่อง

1. การทำงานด้วยจิตอาสา จุดเริ่มต้นการ ดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคองของทุก โรงพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน คือความสนใจอยาก ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วย ระยะท้าย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมท่านหนึ่ง เล่าว่า ความสนใจด้านการดูแลแบบประคับประคอง อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เกิดจากความ

เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งต้องการติดตาม ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เพื่อนำ มาปรับการวางแผนจำหน่ายของหอผู้ป่วย โดยผู้ให้ ข้อมูลจะใช้เวลาหลังจากสิ้นสุดการปฏิบัติงานประจำ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ที่สามารถเดินทางเยี่ยมได้

“เวลาที่ทีมเยี่ยมบ้านไปเยี่ยม เค้จะมารายงาน ด้วยตัวหนังสือและวาจา ไม่เห็นว่าจะจริง ๆ เป็น อย่างไร อีกอย่างอยากลงดูสิ่งแวดล้อม ไปดูญาติ ว่าเป็นอยู่อย่างไร มีปัญหาอะไรไหม เราได้ช่วยเหลือ ประสานให้ต่อ การไปเยี่ยมจะได้ความสัมพันธ์ ระหว่างเรากับ caregiver มากขึ้น บางครั้งเขา (ญาติ) ก็จะไม่ consult ผ่านทางทีมเยี่ยมบ้าน จะถามมาทางเราเลย” TH3PCWN1

2. การสนับสนุนจากผู้บริหารขององค์กร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งแพทย์ และพยาบาลเห็นว่าการที่ ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแล แบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็น นโยบายและมีกรอบการทำงานที่นำไปสู่การปฏิบัติ อย่างชัดเจน และสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ทำให้การขับเคลื่อนงานด้านนี้ประสบความสำเร็จ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลแบบประคับ ประคองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งกล่าวว่า

“สิ่งที่มองที่ประสบความสำเร็จก็คือข้างบน คือ ผู้บริหารเขามองว่า...จากทั้งกระทรวงเลยที่ ตอนแรกเป็นนโยบายลงมา จะช่วยผลักดันให้ เกิดตรงนี้ขึ้นมา เมื่อก่อนเราทำไปด้วยใจ อยาก จะช่วย แต่พอมีนโยบายที่ชัดเจนลงมา มันเป็น อะไรที่เหมือนเบิกทางให้เราประสบความสำเร็จ... แล้วอย่างที่บอก เขาก็จะเปิดทางให้เรา” TH2PCN1

นอกจากนี้บางโรงพยาบาลมีการจัดตั้งศูนย์ การดูแลต่อเนื่องทำหน้าที่ในการประสานงานการส่ง

ต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมทั้งผู้บริหารฯ มีการมอบหมายความรับผิดชอบงานการติดตาม เยี่ยมบ้านแก่บุคลากรสุขภาพในทุกหน่วยงานของ โรงพยาบาล และจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ที่ทุกคนต้องรับผิดชอบ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งเล่าว่า

“การดูแลแบบต่อเนื่องเดิมเป็นในรูปแบบ กรรมการ Home health care แต่ยังแยกส่วน ทุกคนไม่ได้สื่อสารกัน ต่อมาเลยเปิดเป็นศูนย์ ดูแลต่อเนื่อง ทำให้มีผู้ประสานงาน และจัดสรร การทำงาน โดยเน้นการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพ ไม่เกิน 2 คนต่อวัน และให้ทีมที่เกี่ยวข้องมาลง เยี่ยม โดยมีการจัดสรรให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รับผิดชอบพื้นที่เป็นโซนและให้มีตารางเวรที่ แน่นนอน ทุกคนเห็นเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ไม่มีคนหายเวลาลงเยี่ยม” SH3DN

3. การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในชุมชน โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา 2 แห่งใช้หลักการระบบ สุขภาพระดับอำเภอและการทำงานเครือข่ายหน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมการดูแลอย่าง ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิเป็นเป็นแม่ข่ายและเป็นพี่เลี้ยงในการ ให้คำปรึกษา ส่งข้อมูลข่าวสาร และช่วยพัฒนาการ ดูแลและระยะท้ายในชุมชนให้กับลูกข่าย ได้แก่ โรงพยาบาล ตติยภูมิ และรพ.สต. รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล ภาคเอกชน เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในรูปแบบของการบริจาคทุน ทรัพย์เพื่อจัดเก็บเป็นกองทุนสำหรับการดูแลผู้ป่วย และการบริจาคอุปกรณ์เครื่องมือให้ผู้ป่วยหรือญาติ ที่มีความต้องการยืมไปใช้ที่บ้าน เพื่อให้สามารถให้ บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึงมากขึ้น

“การทำงานของทีม palliative care กับทีม home health care ต้องมีการประสานกันเป็นพันธมิตรในการทำงานร่วมกันเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลเราจัดตั้งโครงการธนาคารชีวิต รวบรวมทุนในการจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย ตอนนี้อย่างน้อยก็กระจายอุปกรณ์ไป รพ.สต. ถ้ามีคนไข้ต้องใช้เครื่อง หากรพ.สต.ไหน ก็ต้องการใช้แต่ไม่มี ก็จะยืม รพ.สต.ใกล้เคียง ก่อนนี้เวลาเราให้คนไข้ เมื่อ D/C กลับบ้านเรา จะไม่รู้ บางทีอุปกรณ์จะหายไปกับคนไข้ แต่ถ้าเป็น รพ.สต.เค้าจะต้องตามกลับแน่เพราะอยู่ใน รพ.สต.เค้า จะรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในไหน” TH1PCUN1

อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองแบบต่อเนื่อง

1. ข้อจำกัดในการเข้าถึงและการใช้ยาระงับปวด ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลแต่ละระดับและแต่ละโรงพยาบาลมีชนิดและประเภทของยาระงับปวดแตกต่างกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยกลับมายังโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิซึ่งมักไม่มียาระงับปวดที่ผู้ป่วยเคยได้รับจากโรงพยาบาลต้นทาง ส่งผลให้เภสัชกรในโรงพยาบาลที่รับส่งต่อต้องจัดหาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกัน จึงมีความยุ่งยากในการปรับชนิดและขนาดของยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอ “พอมาเจอคนไข้ palliative ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อย่างโรงเรียนแพทย์ ไดยากี่ปวดแบบที่โรงพยาบาลเราไม่มี” (TH4Phar) นอกจากนี้รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีการจัดเก็บยาระงับปวดชนิดฉีดไว้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาได้อย่างรวดเร็ว แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กล่าวว่า “หมอครอบครัวอยากสั่งมอร์ฟีนจาก PCU แต่เภสัชบอกว่าไม่สามารถเบิก

ได้จากอนามัย (รพ.สต.) ไม่แน่ใจว่าทำไมเบิกจากอนามัยไม่ได้ มีการจำกัดปริมาณยาที่เบิกได้” (TH3Doc)

2. การทำงานแบบแยกส่วน ขาดการประสานงาน ผลการศึกษาพบว่า การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าได้มีการพูดคุยเชิงนโยบายและจัดประชุมทำความเข้าใจร่วมกัน แต่ในทางปฏิบัติข้อตกลงเหล่านั้นยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่ต่างระดับกัน ทำให้การส่งต่อตามระบบมีความล่าช้า และมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งหายจากระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแล้วว่า

“เครือข่ายจะเป็นใน รพ.สต. มันยังไม่ได้เป็นรูปแบบเดียวกัน มันไม่ได้เป็นทีมของโรงพยาบาล เราก็ไม่ได้เชื่อมกันว่า รพ.นี้ รพ.นั้น join กับโรงพยาบาลอย่างไร ส่วนมากก็จะไปมุ่งเน้น refer โรค fast tack มากกว่า แต่พอแบบนี้มันกลายเป็นว่ามันขาดเป็นช่วง ๆ..สำหรับในชุมชน เรายังไม่มีเครือข่ายที่ชัดเจน... ยังไม่ได้เชื่อมกัน” TH2DN

นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลทุติยภูมิและรพ.สต. ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจากโรงพยาบาลต้นทางว่า “ข้อมูลที่ได้จากแบบฟอร์มของผู้ป่วยที่อยู่นั้นไม่ update” (HPH4N1) และเห็นว่าหนังสือส่งต่อไม่ได้ระบุถึงปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ชัดเจน รวมทั้งขาดข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งเป้าหมายการดูแล เป็นต้น “ใบ refer ก็แค่ว่า กระดาษเราไม่รู้ว่าจะทางโน้นบอกคนไข้ว่าอย่างไร เวลาญาติถาม...เราก็ไปต่อไม่ถูก” (SH4PCN)

3. การขาดความรู้และทักษะของบุคลากร
ที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้
ข้อมูลในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์
พยาบาล และเภสัชกรให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน โดย
เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ผู้รักษามักส่งผู้ป่วย
ปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองเมื่อเข้าสู่
ระยะใกล้เสียชีวิต ดังคำบอกเล่าของพยาบาลผู้จัดการ
รายนาม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งเล่าว่า

“นิยามไม่ชัดเจน ทำให้ส่ง(ผู้ป่วย)มาปรึกษา
เมื่ออยู่ในระยะท้าย หรือใกล้ตาย หมอไม่ชัดเจนว่า
อันไหน palliative care พยาบาลนี้ไม่สามารถ
ตัดสินใจได้ว่านี่คือ palliative care แล้วตรงนี้มัน
เป็นปัญหา...ปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น” TH2PCN1

เช่นเดียวกับเภสัชกรโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ให้ข้อมูลว่าเนื้อหาด้านการดูแลแบบประคับประคอง
ไม่มีบรรจุในหลักสูตรที่เรียนมา เมื่อต้องให้คำปรึกษา
เรื่องการให้ยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแก่เภสัชกรจาก
โรงพยาบาลลูกข่ายระดับตติยภูมิ จึงรู้สึกไม่มีความ
มั่นใจในการให้ยา

“สมัยเรียน เขาสอนแต่เรื่องเป็น ไม่ได้สอน
เรื่องตาย เหมือนถ้านคนไข้มาแล้วไม่ยินยอมรักษา
ต่อ เราจะสงสัยว่าจะมา รพ.ทำไม ปฏิเสธไม่เอายา
แต่พออยู่ไปๆ ค่อยๆ เรียนรู้ไป ก็เข้าใจมากขึ้น...
ก็ไม่เคยเรียนมาก่อน ก็ต้องเปิดหนังสือกัน
ยิ่งยากลุ่ม palliative เขาใช้รักษากันแปลกๆ
เราก็ต้องเรียนรู้ไป บางทีน้องที่โรงพยาบาลชุมชน
โทรมาถาม ไม่มั่นใจ เราก็ต้องเปิดหนังสือ
บอกเขาไป” (TH4Phar)

จากการสังเกตการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
ของพยาบาลจากรพ.สต.พบว่าพยาบาลยังให้ดูแลที่

ไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลระยะท้าย เช่น การประเมิน
อาการและการจัดการอาการโดยใช้ยาเร่งปวด
เป็นต้น และการติดตามเยี่ยมเน้นการดูแลด้านจิตใจ
สอดคล้องกับคำบอกเล่าของญาติผู้ป่วยระยะท้าย
ที่บ้าน

“หมออนามัยมาเยี่ยมเรื่อย มาถามว่าพรันหรือมั่ง
(เป็นอย่างไรบ้าง) เขาก็ดี ถามกินข้าวได้ไหม
มาช่วยทำแผลให้ แวะเช้าแวะเย็น ไม่ได้ถาม
อะไรมาก” CG4

นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ให้ข้อคิดเห็นว่า
เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งทำหน้าที่ใน
การเดินเอกสารการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิและรพ.สต.ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่
เป็นลูกจ้างที่ไม่มีพื้นความรู้ด้านสาธารณสุข จึงไม่เข้าใจ
เกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ ไม่ทราบถึงการวินิจฉัย
และความเร่งด่วนของการเยี่ยมบ้าน

“เจ้าหน้าที่ที่มารับหนังสือส่งต่อที่นี่ (หน่วย
ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง) เป็นลูกจ้างมา
ทำงานแป๊บๆ ก็ออก บางครั้งเขาไม่ได้จบสาย
สุขภาพ เขาไม่รู้หรอกว่าอะไรด่วนไม่ด่วน เขา
มารับหนังสือไปส่ง ตามเวลา บางครั้งกว่าจะถึง
รพ.สต. ก็คืนไขกลับกลับบ้านแล้ว” SH4SW

4. การขาดแคลนและภาระงานของบุคลากร
ที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่งไม่มีแพทย์ที่ให้การดูแล
แบบประคับประคองแบบเต็มเวลา มีเพียงแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัว โดยจะแบ่งเวลาในการให้บริการ
ตรวจรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง
สัปดาห์ละ 1 – 2 วัน ดังเช่น พยาบาล โรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิเล่าว่า

“เราไม่มีหมอ palliative care ที่มาช่วยในการ
ผลักดันตรงนี้มีแค่เรื่อง pain กำลังคุยและ
หาทาง...มันจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เรา
ดูแลคนไข้ด้วยกัน” TH2PCN

เช่นเดียวกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
ตติยภูมิแห่งหนึ่ง เล่าว่า

“รพ.เคยมีการจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วย palliative
care แต่ต้องยุติลงเนื่องจากบุคลากรมีไม่เพียงพอ”
TH3DN

นอกจากนี้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านการ
ดูแลแบบประคับประคองเห็นว่า พยาบาลที่รับผิดชอบ
งานด้านการดูแลแบบประคับประคอง มักมีภาระงาน
ประจำอยู่แล้ว เช่น เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้า
หรือรองหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถปลีกตัวมา
ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างเต็มที่

“พี่เป็นหัวหน้าตึก เป็นทั้ง palliative care nurse
แต่ถ้าเกิดให้พี่ประสานด้วยพี่ไม่ทัน การประสานงาน
เช่น การติดต่อต่าง ๆ ข้อมูลต่าง ๆ บางครั้งมันต้อง
ใช้เวลา แล้วก็การที่เราต้อง contact หลายเรื่อง
เราทำไม่ทัน” TH2PCN

ขณะที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่รพ.สต. แห่งหนึ่ง
เล่าว่า “ก็ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ นะ แต่ไม่สามารถ
กำหนดความถี่ของการเยี่ยมได้ ขึ้นอยู่กับภาระงาน
ประจำแต่ละวัน หรืองานด่วนที่แทรกเข้ามา” HPH2N1

5. ความไม่เพียงพอของการอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ เกือบทุกโรงพยาบาลประสบกับปัญหา
อุปกรณ์เวชภัณฑ์สนับสนุนไม่เพียงพอและมีจำกัด
ซึ่งโดยทั่วไปอุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น เตียงผู้ป่วย
ถึงออกซิเจน เป็นต้น ต้องแบ่งใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น
ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องยืมใช้เป็นระยะยาว นอกจากนี้
หน่วยงานท้องถิ่นยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณใน
การสนับสนุนด้านนี้อ่างชัดเจน

“พูดยากนะ เพราะบางครั้งคนไข้ระยะท้าย
ต้องการออกซิเจนที่บ้าน เราก็ไม่มีให้ยืม เพราะว่า
ส่วนหนึ่งอยู่กับคนไข้เรื้อรังที่ต้องใช้ออกซิเจน
เป็นประจำ” TH1PCU2

อภิปรายผล

ผลการศึกษครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่ามีการนำ
แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการดูแลแบบประคับ
ประคองสู่การปฏิบัติในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม
การบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่าง
ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านของแต่ละโรงพยาบาล
แตกต่างกัน พบว่า การบริการด้านการดูแลอย่าง
ประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
มี 3 รูปแบบได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลแบบประคับ
ประคองที่มีโรงพยาบาลเป็นฐาน โดยโรงพยาบาลที่
เป็นแม่ข่ายจะมีความพร้อมทั้งด้านการจัดบริการ คือ
มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคองและมี
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผ่านการ
อบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น
ระยะเวลา 6 สัปดาห์หรือ 4 เดือน รับบทบาทเป็น
ผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลแบบประคับประคอง
ทำหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน
ประสานงานเพื่อให้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
ได้รับการตอบสนองทั้งขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
และเมื่อกลับบ้าน และเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่
บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านนี้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน
การดูแลแบบประคับประคอง หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านความปวดเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการจัดการอาการ
ซึ่งการบริการรูปแบบนี้จัดเป็นดูแลแบบประคับประคอง
ในระดับทั่วไป (general palliative care) ตามการ

แบ่งระดับการดูแลแบบประคับประคองของสมาคม การดูแลแบบประคับประคองแห่งสหภาพยุโรป¹⁷ ซึ่งหมายถึงการให้บริการโดยผู้ให้บริการที่มีผ่านการอบรมเฉพาะทางในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุและมีทักษะและความรู้พื้นฐานด้านการดูแลแบบประคับประคอง แต่การดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เป็นงานหลักของบริการที่ให้กับผู้ใช้บริการ และบุคลากรกลุ่มนี้ยังต้องได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเติม 2) รูปแบบการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองโดยมีชุมชนเป็นฐาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน¹⁸ รวมทั้งการติดตามค้นหาผู้ป่วยในชุมชน รูปแบบการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองโดยมีชุมชนเป็นฐานจัดเป็นการให้การดูแลในระดับ palliative care approach¹⁷ ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการที่ใช้หลักการของการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทาง โดยผู้ให้การดูแลยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) รูปแบบจิตอาสาสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่รูปแบบนี้เป็นการรวมกลุ่มกันของบุคคลที่มีความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาที่คล้ายคลึงกันและมีความเห็นใจในความทุกข์ของผู้ป่วย จึงอาสาทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนผลการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยของโศกพลากรณี¹⁸ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง 4 รูปแบบในประเทศไทย คือ

การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้านหรือฮอสพิส

ปัจจัยสนับสนุนการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า การทำงานด้วยใจและจิตอาสาที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ โดยเฉพาะพยาบาลมักติดตามผู้ป่วยระยะท้ายหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้เวลาส่วนตัวด้วยความรู้สึกเมตตาและสงสาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่ให้การดูแลด้วยใจจะมีคุณลักษณะคือมีความเมตตา ปราณที่จะให้ช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถ มีความเชื่อมั่น และศรัทธาถึงการปฏิบัติของตนเอง และมีสติรู้ชอบถึงสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ รวมทั้งความมุ่งมั่น อดทน เสียสละ กระตือรือร้น ตั้งใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย¹⁹ จิตอาสาจะทำงานอย่างมีความสุข รู้สึกภูมิใจในความสำเร็จ²⁰ และมีการศึกษาพบว่า จิตอาสาที่ให้การดูแลด้วยความเมตตาช่วยส่งเสริมการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในผู้ป่วยระยะท้าย²¹ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และการที่ผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญช่วยให้การดำเนินงานด้านนี้ประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่เห็นว่าการกำหนดนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์การพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยแต่ละประเทศจะต้องมีการบูรณาการให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายทางสาธารณสุขและเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพหลัก²²

การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในชุมชน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ทางวัฒนธรรมที่สำคัญของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีทางวัฒนธรรมของตนเอง¹⁸ ในขณะที่หลายพื้นที่มีการพัฒนาเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยอาศัยการทำงานในลักษณะระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับกลไกการบริหารจัดการทั้งองค์กรบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ซึ่งแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับการเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ²³ ทั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพและเครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญในการคงอยู่และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง²⁴ ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอจะช่วยให้ระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม

ข้อจำกัดในการเข้าถึงและการใช้ยาระงับปวดสะท้อนถึงความพร้อมของยาที่ใช้สำหรับการดูแลแบบประคับประคองและเป็นอุปสรรคของการ

บริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลแต่ละระดับมีชนิดและประเภทของยาระงับปวดและยาที่ใช้เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานอาการที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะสามารถส่งจ่ายยาระงับปวดให้กับผู้ป่วยในหลายประเภทและชนิดของยามากกว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและการใช้ยาระงับปวดขณะอยู่บ้าน ซึ่งการพัฒนาแนวทางให้เกิดความพร้อมของยาที่ใช้สำหรับการดูแลแบบประคับประคองในทุกสถานบริการเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ทางสาธารณสุขในการพัฒนาด้านการดูแลแบบประคับประคอง²²

องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน คือ การติดต่อประสานงานระหว่างเครือข่ายผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชา เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม¹² อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านยังเป็นการดูแลแบบแยกส่วนในบางพื้นที่ และความบกพร่องด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการเป็นอุปสรรคที่สำคัญ นอกจากนี้การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการจะผ่านหนังสือส่งต่อที่เน้นข้อมูลทางการแพทย์และการรักษาที่ได้รับแต่ขาดความครอบคลุมมิติทางจิตสังคม และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับท้องถิ่นไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

การขาดความรู้และทักษะของบุคลากรเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่สำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลใน

การศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และ รพ.สต. ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองจากการประชุมวิชาการทั่วไปหรือจากการประชุมวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะซึ่งมีระยะเวลาการประชุมน้อยกว่า 1 สัปดาห์ ส่วนน้อยกล่าวคือมีเพียงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 1 แห่ง ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง เช่นเดียวกับแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดของโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองมีเพียง 1 คน ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากสถาบันการศึกษาที่มีการจัดฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองมีจำกัด ขณะเดียวกันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลทำให้ไม่สามารถจัดส่งบุคลากรเข้าอบรมเป็นระยะเวลานานเกิน 1 สัปดาห์²⁵ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการศึกษาและอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาด้านการดูแลแบบประคับประคอง²⁶

นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไม่สอดคล้องกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองเมื่ออยู่ในระยะใกล้ตายมากกว่าเข้าสู่ระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ²⁶ ที่พบว่าการศึกษาที่ไม่เพียงพอส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบการดูแล

แบบประคับประคอง ขณะเดียวกันการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองทั้งแพทย์และพยาบาล เป็นอีกประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่พบในหลายพื้นที่ทั่วโลก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการดูแลที่เฉพาะ หรือสอดคล้องกับความต้องการ²⁶

ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคที่จำเป็นสำหรับการดูแลมีจำกัดและไม่เพียงพอ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและระยะยาว ทำให้บางครั้งโรงพยาบาลไม่มีอุปกรณ์สำรองให้สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อเยี่ยมกลับไปใช้ที่บ้าน โรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่ใช้การระดมทุนเพื่อจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมให้เพียงพอ รวมทั้งมีการกระจายทรัพยากรเช่นอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปยังชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ให้ความสำคัญการบูรณาการทรัพยากร ซึ่งหมายถึงการจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรร่วมกันกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่²³

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านมี 3 รูปแบบได้แก่ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน รูปแบบการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองที่มีชุมชนเป็นฐาน และจิตอาสาสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการดูแลอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยการทำงานด้วยจิตอาสา การสนับสนุนจากผู้บริหารขององค์กร และการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตามอุปสรรคของการดูแลอย่างต่อเนื่องได้แก่ ข้อจำกัดในการเข้าถึง

และการใช้ระยะจับปวด การทำงานแบบแยกส่วน ขาดการประสานงาน การขาดความรู้และทักษะของ บุคลากรสุขภาพ การขาดแคลนบุคลากรและภาระงาน ของแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านการดูแล แบบประคับประคอง และ ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ ทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการประสานงานเพื่อให้เกิดความ เชื่อมต่อของการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผลการศึกษาครั้งนี้นำไปสู่ข้อ เสนอแนะในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ด้านการดูแลแบบประคับประคองและกำหนดเส้น ทางความก้าวหน้าของวิชาชีพด้านนี้ นอกจากนี้ควร มีการพัฒนาระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่ง เสริมความต่อเนื่องด้านข้อมูลและพัฒนาระบบการ จัดการด้านยา อุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการจับปวดอย่าง ต่อเนื่อง และควรศึกษาวิจัยถึงผลลัพธ์การดูแลภายใต้ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำหนด ให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของ บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออยู่บ้าน

References

1. Ezer T, Lohman D, de Luca GB. Palliative care and human rights: a decade of evolution in standards. J Pain Symptom Manage. 2018;55(2):S163-S9.
2. World Health Organization. Palliative care Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. Connor SR, Bermedo MCS, editors. Global atlas of palliative care at the end of Life. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2014.
4. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world 2015 [cited 2018 Jan 9]. Available from: <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>.
5. National Health Security Office. Management Manual for National Health Security Fund, Fiscal Year 2016, Volume 1 Management of medical services, paid by head. Bangkok: Thanapress company; 2015. (in Thai)
6. Tasprasit T, Phimdee P, Mongkalchai S, Jullapan P, Puttatum Y. The development of the palliative care system for end of life patients at Udonthani hospital. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2013;23(1):80-90. (in Thai)
7. Kumpol S. Holistic health care in terminally ill patients A participation through the Buddhist way under the Isan culture context: a case study of urban areas In Khon Kaen. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University. 2012;31(5):179-201. (in Thai)
8. Luvira V, Srikha D, Prirojkul S. Community-based palliative care by volunteers: perceptions of village health volunteers in a community of Khon Kaen province. Srinagarind Medical Journal. 2013;28(2):199-204. (in Thai)
9. Sawasdeenarunat V, Taneerat A, Wisettham T. The development of a palliative care model for terminal cancer patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(1):144-56. (in Thai)
10. Morrakot P, Nilmanat K, Matchim Y. Impacts of an adaptation-promoting programme on the caregiving relatives of terminal chronic disease patients. Thai Journal of Nursing Council. 2015;30(2):33-45. (in Thai)

11. Nilmanat K, Matchim Y, Manasurakarn J, Kongsuwan W, Meesunthorn K, Prompahakul C. Terminal patient care in a Muslim community: a case Study in a southern-Thai context. Thai Journal of Nursing Council. 2016;31(3):37-52. (in Thai)
12. D'Angelo D, Mastroianni C, Hammer JM, Piredda M, Vellone E, Alvaro R, et al. Continuity of care during end of life: an evolutionary concept analysis. Int J Nurs Knowl 2015;26(2):80-9.
13. Yin RK. Case study research design and methods. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014.
14. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, Calif: Sage Publication; 1985.
16. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008;62(1):107-15
17. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education – part 1. Eur J Palliat Care. 2013; 20(2):86-91.
18. Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2016;26(3):41-51. (in Thai)
19. Wangthong A, Wangthong A, watsen T, Suttarangsi W. Clients' perspectives on humanized nursing care within a multicultural context: a case study of Nongjik district, Pattani province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2013;23(3):35-44. (in Thai)
20. Sirisoparuk S, Oumtanee A. Experience of being a professional nurse providing humanized care for patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):289-97. (in Thai)
21. Brito-Pons G, Librada-Flores S. Compassion in palliative care: a review. Curr Opin Support Palliat Care. 2018;12(4):472-9.
22. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization public health model: a roadmap for palliative care development. J Pain Symptom Manage. 2018;55(2S):S6-13.
23. Sae-hlee D, Namtassnee S, Thiphungthae S, Sumamal T, Tunsuthepweravong C, Yana T, editors. District Health System (DHS). Bangkok: Public Health Administration Office, Office of the Permanent Secretary for Public Health; 2014. (in Thai)
24. Lewis JM, DiGiacomo M, Luckett T, Davidson PM, Currow DC. A social capital framework for palliative care: supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. J Pain Symptom Manage. 2013;45(1):92-103.
25. Phungrassami T, Thongkhamcharoen R, Atthakul N. Palliative care personnel and services: a national survey in Thailand 2012. J Palliat Care 2013;29(3): 133-9.
26. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, Eerden Mvd, Stevenson D, McKendrick K, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: a literature review. Palliat Med. 2016;30(3):224-39.