

# ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง: บริบทภาคกลาง Palliative Care System: Central Region of Thailand

ธีราภรณ์ จันทร์ดา\* จอนพะจง เพ็งจาด\*\* บัวหลวง สำแดงฤทธิ์\*\*\* อัจฉรียา ปทุมวัน\*\*\*  
สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม\*\*\* ประคอง อินทรสมบัติ \*\*\*\* ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ \*\*\*\*\*  
Tiraporn Junda\* Johnphajong Phengjard\*\* Baulung Sumdangrit\*\*\*  
Auchareya Patumwan\*\*\* Suchira Chaiviboontham\*\*\*  
Prakong Intarasombat\*\*\*\* Piyawan, Pokpalagon\*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ศึกษาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในเขตภาคกลาง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมผู้ดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่พยาบาล อาสาสมัคร และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 116 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โครงสร้างระบบบริการ ได้แก่ นโยบาย ทีมบุคลากร การพัฒนาบุคลากร งบประมาณ ประเภทบริการ อุปกรณ์การดูแลและแหล่งสนับสนุน และระบบสารสนเทศ; 2) บริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ การเข้าถึงบริการและกิจกรรมบริการ กระบวนการดูแล ระบบส่งต่อ และการดูแลที่บ้าน; 3) ผลลัพธ์ของบริการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องสมศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวได้รับการสนับสนุนและพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ บุคลากรสุขภาพทำงานร่วมกันพัฒนาระบบการดูแล ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล มีความสุขในการทำงาน โรงพยาบาลสามารถส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านได้มากขึ้น อัตราการครองเตียงลดลง มีการทำงานเป็นเครือข่ายมากขึ้น และมีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานในชุมชน ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการโดยจัดระบบบริการดูแลระยะยาว (long term care) ให้ครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จัดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุม พัฒนาศักยภาพของทีมดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบยาแก้ปวด ระบบการบริหารจัดการอุปกรณ์ ปรับปรุงระบบสนับสนุน ทำงานกับเครือข่ายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

**คำสำคัญ:** ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง บริการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคอง

- 
- \* Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
  - \* Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing
  - \*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
  - \*\* Associate Professor, Adult and Geriatric Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing E-mail: jphref@trcn.ac.th
  - \*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
  - \*\*\* Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing
  - \*\*\*\* รองศาสตราจารย์ ประธานชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง (ศพป)
  - \*\*\*\* Associate Professor, Chairman Thai Palliative Care Nurses Society (PCNS)
  - \*\*\*\*\* อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
  - \*\*\*\*\* Instructor, Ramathibodi School of Nursing

## **Abstract**

This qualitative study aimed to describe the palliative care system in the central region of Thailand. Focus group and in-depth interviews were employed to collect data from a palliative care team of 116 comprising physicians, nurses, pharmacists, social workers, care assistants, volunteers, and sub-district administrators. Content analysis was utilized revealing three parts of the health service system in palliative care; 1) The system structure comprises health policy, palliative team, funding, types of service, equipment and support, and information system; 2) Palliative care services involve access to service, care process, referral system, and home care; and 3) Outcomes of palliative care service include patients receiving continuous care until dying and having good quality of life; family receiving support and satisfied with the service; health personnel working as a team, creating care system, improving knowledge and skills, and happy with work; and hospitals increase the number of home discharge, decrease the duration of stay, working with network, and have a good relationship with the community. Suggestions for improving palliative care services include integrated palliative care in the long term care service, revising health coverage, improving palliative team competency, improving the pain medication system, managing equipment, improving the support system, and working with the network to expand continuous care.

**Keywords:** palliative care system, palliative care service, palliative care

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ใช่ทุกคนที่จะรอดชีวิต บางโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ บางโรคไม่สามารถรักษาได้ ถึงแม้บุคลากรสุขภาพจะได้พยายามทำทุกอย่างอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้เป้าหมายการดูแลต้องปรับเปลี่ยนจากการรักษาเพื่อให้หายขาดและรอดชีวิตมาเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยระยะท้ายโดยใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลเพื่อทำให้ผู้ที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตและครอบครัวให้มีความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>1</sup> ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และให้การรักษาอาการและความปวดรวมถึงปัญหาด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานแบบสหสาขาให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต โดยยึดหลักการ 1) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient and family center); 2) การดูแลครอบคลุมทุกด้าน (comprehensive); 3) การประสานการทำงานของทีมสหสาขา (coordinated); 4) การดูแลต่อเนื่อง (continuous); และ 5) การดูแลเพื่อนำไปสู่การตายดี (good death) กล่าวคือตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ปราศจากความปวด ความทุกข์ทรมาน และอยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก<sup>2-3</sup>

ปัจจุบันองค์การสุขภาพในประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้าย

มีการพัฒนารูปแบบการดูแลทั้งในสถานบริการและที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เช่น โรงพยาบาลอุดรธานี โดยพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล ให้สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและการจัดการอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พัฒนาคู่มือการดูแลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ จัดสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา สนับสนุนอุปกรณ์และการช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการกลับบ้าน พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และพัฒนาระบบการส่งต่อ<sup>4</sup> และโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เน้นการพัฒนาเครือข่ายและแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>5</sup>

อย่างไรก็ตามบริการสุขภาพดังกล่าวในสถานบริการยังไม่ครอบคลุม โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่สามารถจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้ ด้วยข้อจำกัดทั้งด้านผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพพบว่า บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ขาดการบูรณาการการทำงานในทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และระบบการดูแลยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน<sup>6</sup> อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นสมาชิกในทีมสุขภาพยังขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ไม่ได้รับความเชื่อถือและการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัว<sup>7</sup> ส่วนของบริการสุขภาพ พบปัญหาขาดความต่อเนื่องในการดูแล ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ขาดบุคลากรที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ขาดการส่งต่อข้อมูลและประสานการดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและการประสานงานในชุมชน ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่อง การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ชุดใช้ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล<sup>4</sup>

จะเห็นได้ว่ารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยมีความแตกต่างหลากหลายและยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าต้องครอบคลุมการเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายที่บ้านตามความต้องการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงได้รับการดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต มีระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องโดยทีมนสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด รวมถึงอาสาสมัคร<sup>5</sup>

เนื่องจากความแตกต่างของบริการสุขภาพและบริบททางสังคมในแต่ละภาคของประเทศไทย และข้อมูลการบริการสุขภาพที่ไม่ชัดเจน ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง และกิจกรรมบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีการพัฒนาขึ้นในเขตภาคกลาง ในโรงพยาบาล แต่ละระดับและในชุมชนที่รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อนำเสนอระบบบริการ

สุขภาพแบบประคับประคองที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดความเป็นรูปธรรมของระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐานต่อไป

## วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ศึกษากระบวนการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคกลาง
2. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

## คำถามการวิจัย

ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทภาคกลางมีลักษณะอย่างไร

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในเขตภาคกลาง เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการที่ดำเนินการใน 5 ภาคของประเทศไทย รายงานการวิจัยนี้นำเสนอเฉพาะข้อมูลของบุคลากรทีมสุขภาพ

### พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลในเขตภาคกลางจำนวน 12 โรงพยาบาล สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ 3 จังหวัด และติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลทุติยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีบริการการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า โรงพยาบาลเขาย้อย โรงพยาบาล

ท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลจังหวัดราชบุรี  
โรงพยาบาลจังหวัดสระบุรี

### ผู้ให้ข้อมูล

ทีมผู้ดูแลแบบประคับประคอง (palliative care team) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับนโยบายและการจัดบริการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขา อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล จำนวน 116 คน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ระหว่างเดือนกันยายน 2558 ถึง เมษายน 2559 ประกอบด้วย

1. การประชุมกลุ่ม ทีมผู้ดูแลแบบประคับประคอง จากโรงพยาบาลในเขตภาคกลางจำนวน 12 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลมะเวียง 2 แห่ง) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 จังหวัด

2. การสนทนากลุ่ม

- ทีมผู้ดูแลแบบประคับประคอง 5 โรงพยาบาล รวม 5 กลุ่ม โดยในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสหสาขาที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่พยาบาล นักรังสีรักษา โภชนากร เป็นต้น

- เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล 1 กลุ่ม อสม. 2 กลุ่ม

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ แพทย์ 7 คน (ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ แพทย์ที่เป็นประธานทีมดูแลแบบประคับประคอง หมอครอบครัว) พยาบาล 3 คน (หัวหน้าทีมการดูแลแบบประคับ

ประคอง) สาธารณสุขจังหวัด 1 คน นายกเทศมนตรี 1 คน

**เครื่องมือวิจัย** เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของทีมผู้ดูแลแบบประคับประคอง

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพและผู้มีส่วนกำหนดนโยบาย ครอบคลุมประเด็นนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง การกำหนดโครงสร้างองค์กร การกำหนดอัตรากำลังบุคลากร ระบบการดูแลแบบประคับประคอง รูปแบบบริการและระบบการส่งต่อการบริหารจัดการระบบการสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ความต้องการด้านการสนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนาศักยภาพ

4) แนวคำถามสนทนากลุ่ม ได้แก่ ระบบบริการการดูแลประคับประคอง กิจกรรมบริการ ผู้รับผิดชอบ การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่บ้าน การบริหารจัดการยาและอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ แนวคำถามการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจความครอบคลุม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ 09-58-24 ว. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการอาสาสมัครและมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม โดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป การสัมภาษณ์กลุ่ม การสัมภาษณ์รายบุคคล และการบันทึกระหว่างเก็บข้อมูล นำมาจัดกลุ่มเนื้อหา เขียนบรรยายประเด็นที่พบ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยและการประชุมพิจารณาผลการวิจัยร่วมกัน

**ผลการวิจัย**

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 116 คน เป็นชาย 8 คน หญิง 108 คน อายุเฉลี่ย 46.05 ปี (SD 8.85 ปี; range 23 - 66 ปี) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ประกอบด้วย แพทย์ 9 คน พยาบาล 78 คน เภสัชกร 2 คน กายภาพบำบัด 3 คน โภชนากร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักรังสี 1 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 7 คน อสม./อบต. องค์กรปกครองท้องถิ่น 12 คน

**ระบบการดูแลแบบประคับประคอง**

ผลการศึกษาพบระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคกลาง

**แผนภาพที่ 1** ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคกลาง



## 1. โครงสร้างระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ภาคกลาง สรุปโครงสร้างระบบบริการ ประกอบด้วย นโยบายบริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทีมบุคลากร การพัฒนาบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์และแหล่งสนับสนุน และระบบสารสนเทศ ดังนี้

1.1 นโยบายบริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่ง ได้รับความหมายนโยบายสุขภาพในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งรวมบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่การนำไปสู่การจัดบริการและการบริหารจัดการ มีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งพบว่ามีการปฏิบัติ 2 ลักษณะ คือ

1) แจกนโยบายให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ โดยผู้บริหารแจ้งว่านโยบายการจัดการดูแลแบบประคับประคอง ให้ผู้ปฏิบัติรับทราบและให้นำไปปฏิบัติในการทำงานสำหรับหน่วยที่มีผู้ป่วยระยะท้ายมารับบริการ ไม่มีการตั้งกรรมการ ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ เป็นการทำงาน “ตามน้ำ” ไม่มีการวางแผนการดำเนินงาน และไม่มีระบบสนับสนุน

2) นำนโยบายมาปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ได้แก่ มีการจัดทำแผน/โครงการ กำหนดวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ กลุ่มเป้าหมาย มาตรฐานการดูแลสร้างแนวปฏิบัติ ตัวชี้วัดและการประเมิน เช่น การกำหนดบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 ด้าน เรื่องโครงสร้าง บุคลากร อุปกรณ์ ระบบข้อมูล หรือบทบาทของโรงพยาบาล 8 ด้าน ในเรื่อง โครงสร้าง การบริการ การบริหาร การประเมินการรับรู้เรื่องโรคและการรักษา การวางแผน

จำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง การสร้างเครือข่ายบริการวิชาการ และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน

1.2 ทีมบุคลากร หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีการแต่งตั้งทีมบริหารและทีมผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีดังนี้

1.2.1 ทีมอำนวยการ โรงพยาบาลที่มีการนำนโยบายมาจัดระบบบริการ จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการให้เกิดระบบบริการส่วนใหญ่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน หรือโรงพยาบาลจังหวัดจะทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วางแผนการดำเนินงาน สนับสนุนจัดการปัญหา กำกับระบบในภาพรวมและติดตามผล

1.2.2 ทีมดูแลในโรงพยาบาล เป็นสหสาขาวิชาชีพ มี 2 ประเภท คือ ทีมจิตอาสารับปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กับทีมที่หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้ง หัวหน้าทีมมักเป็นแพทย์เฉพาะทาง/เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ตัวแทนของแต่ละแผนก เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม จิตเวช ส่วนใหญ่จะครบทุกแผนก และมีพยาบาลตัวแทนจากแต่ละหอผู้ป่วย เกสเซอร์ นักสังคมสงเคราะห์ ตัวแทนจากเวชกรรมสังคม และนักโภชนาการ มีหน้าที่ในการให้บริการรักษาพยาบาล/การดูแลผู้ป่วย บางแห่งมีผู้ประสานงานหรือผู้จัดการระบบ ส่วนใหญ่ดูแลโดยพยาบาล โรงพยาบาลที่ศึกษาทั้งหมดยังไม่มีการจัดตั้งหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง

1.2.3. ทีมดูแลในชุมชน/ที่บ้าน จะมีหัวหน้างานเวชกรรมสังคม/ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นประธาน มีหน้าที่ในการวางแผนติดตามเยี่ยม/ส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกในทีมอาจมีเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะเป็นผู้ประสานงานในชุมชน

1.3 การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาบุคลากรส่วนใหญ่เป็นการอบรมระยะสั้น เน้นเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และทักษะการดูแลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บุคลากรที่ได้รับการอบรม ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล โดยการส่งอบรมภายนอกหลักสูตรระยะสั้น และการประชุมวิชาการ มีการจัดอบรมภายในหน่วยงาน ในรูปแบบการทำ case conference หรือ เข้าร่วมประชุมกับโรงพยาบาลในเครือข่าย (Inter-hospital round) การเข้าร่วมปฏิบัติงานร่วมกับที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทักษะการดูแลที่อบรม เน้นการจัดการความปวด การจัดการอาการ และการดูแลเพื่อความสงบสบาย

การพัฒนาผู้ดูแลในชุมชน มีการจัดอบรมผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน โดยใช้หลักสูตรกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับกองทุนฟื้นฟูคนพิการ โรงพยาบาลจังหวัดเพชรบุรีที่ศึกษาจัดอบรม 3 รุ่น รุ่นละ 35 คน ทั้งหมด 107 คน แบ่งกระจายไปดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย และใช้ระบบการกำกับผู้ดูแลโดย care manager ที่ได้รับอบรม

1.4 งบประมาณ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ จะมีการจัดสรรงบประมาณตามโครงการ/แผนงานที่กำหนดไว้ แหล่งงบประมาณส่วนใหญ่มาจากงบประมาณของโรงพยาบาล มีที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานภายนอก เช่น มูลนิธิเงินบริจาค ซึ่งบางแห่งเพียงพอ บางแห่งไม่เพียงพอ

1.5 ประเภทของบริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีทุกประเภท ทั้งด้าน hospital based, home based, in-patients, out-patients บางแห่งมีบริการ pain clinic สำหรับผู้ป่วยประคับประคอง การบริการมีทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

1.6 อุปกรณ์การดูแลและแหล่งสนับสนุน แต่ละโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการคลังอุปกรณ์แตกต่างกันไป ตามบริบทและความพร้อม และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ มีที่จัดเก็บที่หอผู้ป่วย ที่หน่วยเวชกรรมสังคม สังคมสงเคราะห์ หรือกระจายไปที่ รพ.สต. บางแห่งก็ฝากไว้ที่บ้านผู้ป่วยที่เสียชีวิต อปท. บางแห่งมีอุปกรณ์บางส่วนให้ผู้ป่วยยืมใช้ได้แก่ เตียง ที่นอนลม ถังออกซิเจน เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น การทำบัญชีข้อมูลอุปกรณ์ มีบางแห่งยังไม่เป็นระบบ หรือให้ยืมอุปกรณ์แต่ไม่ลงข้อมูล อุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่ให้อุปกรณ์ได้แก่ อุปกรณ์ทำแผล สามารถเบิกใช้ได้จากโรงพยาบาล ถ้าเป็น รพ.สต. ต้องติดต่อโรงพยาบาลชุมชนให้ช่วยจัดเตรียมไว้ให้ล่วงหน้า

การใช้อุปกรณ์ของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care center, COC) มีคลังอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยยืม โดยทำทะเบียน บางแห่งคณะกรรมการที่ดูแลเรื่องยาแก้ปวดกับอุปกรณ์เป็นชุดเดียวกัน ดังนั้นอุปกรณ์สามารถยืมใช้ได้ทั้งจังหวัด แต่ละ COC ต้องทำการสำรวจ รพ.สต. ในพื้นที่ว่าที่ใดมีอุปกรณ์อะไรบ้าง แล้วขึ้นทะเบียนไว้ที่ศูนย์ฯ และศูนย์ฯ เป็นผู้บริหารจัดการเรื่องการให้ผู้ป่วยยืม และนำมาใช้หมุนเวียนกันได้อย่างทั่วถึง ซึ่งบางครั้งไม่



เพียงพอ เรื่องของการซ่อมอุปกรณ์ ศูนย์ COC จะแต่งตั้งช่างเป็นกรรมการ ให้รับผิดชอบการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์

งบประมาณการจัดหาอุปกรณ์ส่วนใหญ่มาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล จากท้องถิ่น เงินบริจาค การทอดผ้าป่า และกองทุน/มูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.7 ระบบสารสนเทศ ใช้ระบบฐานข้อมูลระบบส่งต่อ เช่น โปรแกรม Thai refer โปรแกรม HosXP มีข้อจำกัดคือไม่สามารถใช้จากหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลและข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน บางครั้งใช้การแฟกซ์เอกสาร การใช้สื่อไลน์ เพื่อการติดต่อสื่อสารแต่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้

## 2. บริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2.1 การเข้าถึงบริการและกิจกรรมบริการ

2.1.1 การคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเมิน เช่น PPS Score, Pain score ผู้ประเมินส่วนใหญ่คือพยาบาล หลังจากนั้นจะค้นหาข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ บางแห่งมีแบบฟอร์มประเมินและ guideline เมื่อเข้าเกณฑ์จะปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย palliative มีสัญลักษณ์ติดหน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย บางแห่งใช้ code สีแดง

2.1.2 การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยระดับประคอง ยังไม่มีการจัดหอผู้ป่วยหรือห้องเฉพาะผู้ป่วยระดับประคอง แต่จะมีการจัดจำนวนเตียงไว้ 1-2 เตียงในหอผู้ป่วย ห้องพิเศษ 1-2 ห้อง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดมุมปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น มุมนวดนอຍ มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

2.1.3 กิจกรรมบริการ ได้แก่ การทำ family meeting ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล การสอนและฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลระยะท้าย (advance care plan) การจัดการความปวดและการจัดการอาการจิตอาสาเยียมให้กำลังใจ การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน

2.2 กระบวนการดูแล

2.2.1 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ต้องเป็นผู้ประเมินว่าการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับทราบเพื่อร่วมในการเลือกแนวทางการรักษา ซึ่งการให้ข้อมูลดำเนินการโดย การประชุมครอบครัว (family meeting) การวางแผนการดูแล (advance care plan) และหนังสือแสดงเจตนาการดูแลรักษา ระยะท้าย (living will) การดำเนินการมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาล โดยแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจหรือคัดกรองผู้ป่วย และให้ข้อมูลการดำเนินของโรค การรักษา กับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ประสานนัดหมายการพบปะพูดคุยเพื่อรับทราบข้อมูล สอบถามความต้องการของผู้ป่วย การร่วมวางแผนการดูแล แนะนำการทำหนังสือแสดงเจตนาการดูแลรักษา ระยะท้าย ทั้งนี้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การนำเอกสาร มาตรา 12 มาใช้ไม่แพร่หลาย เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่นิยมเรื่องการบอกความต้องการเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการกลับบ้าน จะมีการส่งปรึกษาทีมดูแลที่บ้าน ซึ่งทีมจะเข้ามาดูแล วางแผน การส่งต่อ และติดตามต่อไป

2.2.2 การจ่ายยาแก้ปวด มีความแตกต่างกัน ในด้านการบริหารยา/จัดหายาแก้ปวด ดังนี้

1) โรงพยาบาลมะเรียง การบริหารยาแก้ปวด โดยมีการจัดยาให้พร้อมใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมะเรียง ต้องได้รับยาควบคุมอาการปวด มีระบบการเบิกจ่าย ยาให้ผู้ป่วยมีใช้อย่างเพียงพอและเมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ยังไม่สามารถไปรับยาจากสถาน พยาบาลในชุมชน

2) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ส่วนใหญ่มียาพอ เพียง บางแห่งมีคลินิกจัดการความปวดที่ให้บริการ เฉพาะ และมีบางจังหวัดมีการใช้เครือข่ายเพื่อใช้ บัญชีาร่วมกัน ทำให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถรับ ยาจากโรงพยาบาลเครือข่ายได้ ในจังหวัดที่มีศูนย์ COC ทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาล ชุมชน มีการจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางการดูแล ผู้ป่วยในเครือข่าย ครอบคลุมการบริหารจัดการยา แก้ปวดเพื่อใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชุมชนได้เข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น โดยญาติสามารถนำ สำเนาบัตรประชาชนกับใบ refer มาขอรับยาที่ โรงพยาบาลชุมชน ยาที่ใช้คือมอร์ฟีนชนิดน้ำ เม็ด และแบบแปะ แต่มีบางแห่งไม่สามารถจ่ายยาชนิด แผ่นแปะได้ บางแห่งมี syringe driver แต่ยังไม่ได้นำไปใช้จริง

3) โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดได้วางนโยบายและช่วยจัดหาให้พอใช้ใน ชุมชน เพื่อแก้ปัญหาเรื่องยามอร์ฟีน ที่ยังไม่มียิง ไปถึงโรงพยาบาลชุมชน การใช้ยา Morphine immediate release (MO IR) หรือ slow release (MO SR) จะมีเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มียาระบบการรับยาที่เป็น มาตรฐาน แต่ละแห่งใช้วิธีการลงบันทึกและการเซ็น รับ บางแห่งญาติต้องไปรับกับโรงพยาบาลจังหวัด

2.2.3 การดูแลภายหลังเสียชีวิต

พบว่ามียูรูปแบบที่หลากหลายทั้งนี้ขึ้นกับบริบท ทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมสุขภาพ กิจกรรมบริการ มีตั้งแต่การช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการศพ เช่น สนับสนุนการ ขนส่งกลับบ้าน ร่วมแสดงความเสียใจในงานศพ ส่งพวงหรีดและเงินร่วมทำบุญ จัดทีมพยาบาล เวชกรรมสังคมเพื่อช่วยให้คำแนะนำการปรับตัวกับ การสูญเสีย ติดตามประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ ของญาติ ภายหลังจากสูญเสีย 2 สัปดาห์ การ ประเมิน quality of death จัดกิจกรรมกลุ่ม เชิญ ครอบครัวเป็นจิตอาสาถ่ายทอดประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่สังคม การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2.3 ระบบส่งต่อ การส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการดูแลใกล้ชิดจากบุคลากร สุขภาพสามารถกลับไปดูแลโดยครอบครัวที่บ้านได้ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่ บ้าน ระบบการส่งต่อประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วย กลับบ้าน การส่งกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน

2.3.1 การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน

1) การเตรียมแผนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือพยาบาลที่รับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวโดย เฉพาะผู้ดูแลหลัก ให้คำแนะนำและสอนทักษะการ ดูแล เช่น การดูแลความสะอาด การให้ยา การให้อาหาร การประเมินและรายงานอาการ กรณีที่ต้อง ใช้อุปกรณ์ในการดูแลจะประสานกับศูนย์อุปกรณ์ จัดหาให้พร้อมก่อนกลับบ้าน

2) การเตรียมผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านมี แนวปฏิบัติต่างกัน ในโรงพยาบาลที่มีการจัดทำ

ระบบและแนวปฏิบัติก็จะต้องมีความชัดเจน ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมที่ดี มี discharge plan เฉพาะกลุ่มนี้ ในเขตเมืองเวชกรรมสังคมจะรับผิดชอบ ถ้าเป็นเขตโรงพยาบาลชุมชนส่งไปที่ศูนย์ COC เจ้าหน้าที่ศูนย์จะส่งเอกสารผ่านรพ. refer และไลน์ข้อมูลประวัติให้พยาบาลในชุมชนรับทราบเพื่อวางแผนการเยี่ยม ระบบส่งต่อใช้ใบบส. การส่งข้อมูลโดยโปรแกรมการส่งต่อ D/C Plan Mini HosXP (METHOD model)

2.3.2 การส่งผู้ป่วยกลับบ้าน บางโรงพยาบาลมีรถพยาบาลไปส่งเฉพาะในเวลาราชการตามระเบียบการใช้รถ นอกเวลามีการประสานกับเทศบาลหรือ อบต.ที่มีรถสำหรับรับส่งผู้ป่วย รถกู้ภัยหรือเงินสนับสนุนค่าน้ำมันโดยใช้เงินมูลนิธิของโรงพยาบาล หรือเงินบริจาคของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ถ้าครอบครัวไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจก็ว่าจ้างรถเอกชน บางแห่งใช้บริการของ 1669

2.3.3 สิทธิการรักษาและการตอบแทนบุคลากรเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ช็อกกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แพทย์ต้องระบุว่า เป็น Palliative case เพื่อที่จะใช้สิทธิการรักษาตามระบบ ส่วนเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ได้รับค่าตอบแทนการเยี่ยมบ้าน แต่มีทีมสุขภาพที่ไปเยี่ยมแบบจิตอาสา เช่น home ward nurse ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอาทิตย์ละวัน โดยเดินทางเองหรือติดตามไปกับทีมเยี่ยมบ้าน

## 2.4 การดูแลที่บ้าน

2.4.1 ทีมเยี่ยมบ้าน ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดบางแห่งมี home health care team มีพยาบาล home ward ลงเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่เป็นหน่วยเวชกรรมสังคม มีทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ พยาบาล และอาจมี เภสัช นักจิตวิทยา นักกายภาพ นักสังคม

นักโภชนาการ ฯลฯ โรงพยาบาลบางแห่งมี 2 ทีม ทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพกับทีม Palliative care โดยเฉพาะมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีแนวทางปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านชัดเจน ในชุมชนจะมี อสม. อบต. อปท. ซึ่งบางแห่งนายอำเภอหรือปลัดอำเภอจะลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วย

2.4.2 การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้านต้องวางแผนเยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมง โดยขออนุญาตและนัดหมายญาติ อาจเยี่ยมเป็นทีมร่วมกับพยาบาลชุมชนเจ้าของพื้นที่ แผนการเยี่ยมส่วนใหญ่ประเมินอาการและให้การจัดการกับอาการ สนับสนุนญาติในการดูแล ภายหลังจากการเยี่ยมต้องทำบันทึกและวางแผนเยี่ยมหรือส่งต่อให้พยาบาลในพื้นที่ การเยี่ยมบ้านจะมีประสิทธิภาพต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคม กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย จิตอาสา พระ อปท. อบต. ฯลฯ

2.4.3 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมจากโรงพยาบาลหรือตัวแทนในทีมประจำหอผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน เช่น ทีมเวชกรรมสังคม ทีมหมอครอบครัว เจ้าหน้าที่รพ.สต. ฯลฯ การดูแลประกอบด้วย การประเมินอาการและให้การดูแล หากจัดการอาการที่บ้านไม่ได้สามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ครอบครัว กรณีเร่งด่วนก็จะสามารถเรียกรถฉุกเฉินหรือ 1669 ส่งกลับโรงพยาบาล ผู้ป่วยของโรงพยาบาลจังหวัด หรือ โรงพยาบาลชุมชน การส่งกลับบ้านจะมีการประสานการส่งต่อกับหน่วยงานในพื้นที่ รพ.สต. ในบางแห่งมีระบบการประสานระหว่าง IPD และ หน่วยเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง แต่ในกรณีที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเครือข่าย โรงพยาบาลที่ส่งต่อจะไม่ได้มีการรายงานกลับ

พยาบาลต้องติดตามกับญาติเอง จึงพบว่า บางรายผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 สัปดาห์ บางรายผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการเยี่ยม ในกรณีที่ผู้ป่วยส่งออกนอกพื้นที่จังหวัดหรือที่ต้องการไปรักษาต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือผู้ป่วยกลับบ้านจากโรงพยาบาลตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ จะไม่มีการประสานส่งมาให้โรงพยาบาลในพื้นที่ไปเยี่ยมบ้าน ญาติต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

### 3. ผลลัพธ์ของบริการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษา พบว่าการมีระบบบริการดูแลแบบประคับประคองส่งผลต่อคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี จนถึงวาระสุดท้าย **ครอบครัวผู้ป่วย**ได้รับการสนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วย และได้รับการดูแลให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียและปรับตัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ฟังพอใจกับบริการสุขภาพที่ได้รับ **บุคลากรสุขภาพ**มีการทำงานร่วมกัน ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแล มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีความสุขในการทำงานสำหรับ**โรงพยาบาล** พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านได้มากขึ้น มีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยเรื้อรังลดลง มีการทำงานเป็นเครือข่ายมากขึ้น และมีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานในชุมชน

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคกลาง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โครงสร้างระบบบริการ บริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผลลัพธ์ของบริการดูแลแบบประคับประคอง โดยโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการนำนโยบายสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 มาสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยการดำเนินงานให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ มีสิทธิและสามารถเข้าถึงและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต<sup>9</sup> ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยให้การสนับสนุนด้านนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย การเข้าถึงยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะยากลับโอปิออยด์ การพัฒนาบุคลากร และสนับสนุนการปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<sup>10</sup>

ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างของระบบการดูแลที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นประกอบด้วย การนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ โดยในระดับจังหวัดมีคณะกรรมการอำนวยการ ซึ่งมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบการวาง

นโยบายสู่การปฏิบัติ การสนับสนุน กำกับ และติดตาม ระดับการปฏิบัติงานโรงพยาบาล คณะทำงานประกอบด้วยแพทย์ ซึ่งอาจเป็นผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการ พยาบาล เภสัชกร สังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ในการวางระบบการทำงานในโรงพยาบาล เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการขยายบริการสุขภาพ และกรรมการนี้อาจรวมในกลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วย สำหรับบุคลากรที่ให้บริกรพบว่าส่วนใหญ่ได้รับความรู้การปฏิบัติจากการศึกษาด้วยตนเอง ในโรงพยาบาลที่ศึกษาฯ ยังไม่มีแพทย์หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับการสนับสนุนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้แก่เจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่ของเวลาอบรมน้อยกว่า 1 สัปดาห์<sup>11</sup>

บริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การจัดบริการส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล แต่ด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จึงทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อ และการเยี่ยมบ้านขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้านและไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการของคนในชนบทของไทย เมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการกลับบ้าน ไปอยู่ในสถานที่คุ้นเคย ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ได้ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา และได้เสียชีวิตที่บ้าน<sup>6</sup> สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 50 ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิตที่ในสถานบริการมากถึง ร้อยละ 78 ส่วนผู้ป่วยเด็กเล็กถึงแม้จะไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจเลือกสถานที่เสียชีวิตด้วยตนเอง แต่บิดามารดาส่วนใหญ่ต้องการพา

ชีวิตด้วยตนเอง แต่บิดามารดาส่วนใหญ่ต้องการพาบุตรกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเช่นเดียวกัน<sup>12</sup>

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายได้รับความสนใจจากหน่วยบริการสุขภาพและมีการพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้าน ส่งผลดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ และโรงพยาบาลที่ให้บริการ เนื่องจากทำให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีการทำงานเป็นทีม มีเครือข่าย และมีแนวทางในการทำงาน ให้บริการที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วยและครอบครัวและเกิดความพึงพอใจ<sup>13</sup> การจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรต้องให้มีการเยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลและผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ที่บ้าน มีการจ่ายยาแก้ปวดมอร์ฟีนเพื่อช่วยลดความปวดทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ<sup>14</sup>

## ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยประคับประคอง

จากผลการศึกษาพบว่าบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายได้รับความสนใจจากหน่วยบริการสุขภาพและมีการพัฒนาระบบบริการทั้งด้านโครงสร้าง การบริหารจัดการ และการประเมินผลลัพธ์ โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ข้อเสนอพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีดังนี้

1. ควรจัดให้มีหน่วยดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care unit) ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล

เฉพาะทาง และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองที่ครบวงจรหรือเป็น one stop service โดยให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และที่บ้าน บุคลากรควรได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง

2. การพัฒนาระบบยาแก้ปวด ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายได้เข้าถึงยามอร์ฟินทุกประเภททั้งยาเม็ด (codeine, tramadol, methodone, control-release oral morphine) และยาน้ำเชื่อม ชนิดฉีด (Injectionable morphine, Injectionable fentanyl) และเฟนทานิลแผ่นแปะ (Transdermal fentanyl) ทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน และพัฒนาระบบการรับยาแก้ปวดแทนผู้ป่วย การกำกับติดตามการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย

3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระบบการจัดการยืม/คืน การซ่อมบำรุง ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

4. การปรับปรุงระบบสนับสนุนการจัดบริการการทำงานกับเครือข่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งในระดับโรงพยาบาลควรพัฒนารูปแบบ Hospital-based palliative care ระดับชุมชนควรพัฒนา Home-based palliative care หรือ Home hospice ที่อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

5. การปรับปรุงระบบข้อมูลการส่งต่อระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากโรงพยาบาลต้นทางสู่โรงพยาบาลปลายทาง และจากโรงพยาบาลปลายทางสู่โรงพยาบาล

ต้นทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นระบบที่ส่งต่อข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ

6. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการต่างๆ ในผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต แนวปฏิบัติดูแลแบบองค์รวม ที่เป็นแนวทางสำหรับทีมดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

7. พัฒนาศักยภาพของทีมดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดมาตรฐานการอบรมที่ต้องได้รับและการพัฒนาต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลใน Palliative unit ควรผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการการดูแล นอกจากนั้นการพัฒนาศักยภาพของทีมควรให้ความสำคัญกับการทำ family meeting, advanced care plan และหนังสือแสดงเจตนาเรื่องการรักษาระยะท้าย (living will)

8. พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เกิดทัศนคติที่ดี สามารถเลือกใช้บริการได้เหมาะสม

9. พัฒนาระบบติดตามประเมินผลภายในเครือข่าย โดยเน้นความต่อเนื่องของการดูแล โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลที่สอดคล้องกับบริการในแต่ละระดับ อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองควรมีการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

10. ระบบการเงิน การคลัง ควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น

11. การจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง สามารถบูรณาการในระบบการดูแลระยะยาว (long term care) โดยให้ครอบครัวการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และพัฒนาศักยภาพทีมแพทย์ครอบครัวให้สามารถให้บริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านได้ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลที่บ้าน

12. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชุดลสิทธิ

ประโยชน์ ควรมีการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน ครอบคลุม และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 (สยท.)

## เอกสารอ้างอิง

1. Coyle N. Introduction to palliative nursing care. In: Ferrell BR, Coyle N, editors. Textbook of palliative care. New York: Oxford University Press; 2011. p. 5-11
2. Sriwanichakon S. Palliative care: caring and curing with heart and faith. The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine 2010;2(5):4-6. (In Thai)
3. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2005 [cited 2017 Jun 15]. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Tedprasit T, Pimdee P, Monkolchai S. Development of Palliative Care Model, Udonthane Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013;21(1):80-90. (In Thai)
5. Predee P. Development of Palliative Care Model, Kummoung Hospital, Karasin Province. Research and Development Health System Journal 2013;6(2):114-9. (In Thai)
6. Potiban L, Jeranukul A. Current situation of end of life care for elderly in community: a case study. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2013;14(2):61-72.
7. Luvira V. Health Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness. Srinagarind Med J 2013;28(2):266-70.
8. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
9. The National Health Commission. National strategic plan for End of life care. (2557-2559) [Internet] 2014. [cited 2017 May 11]. Available from <http://www.gogood.in.th/upload/article/F11.pdf>
10. Editorial broad. Palliative care. New Step Journal 2015;8(39):2-5.

11. Thongkhamcharoen R, Phungrassami T, Atthakul N. Palliative care and essential drug availability: Thailand national survey 2012. *J Palliat Med* 2013;16(5):546-50.
12. Aoun SM, Skett K. A longitudinal study of end-of-life preferences of terminally-ill people who live alone. *Health Soc Care Community* 2013;21(5):530-5.
13. Posri T. Palliative care for end of life patient: From hospital to home. Independent study, Master of Nursing Program, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khonkan University; 2550.
14. Kumpol S. The Holistic Health Care in the End of Life Patients by Participation According to Buddhist Ways in I-san Culture Context: The Case Study Urban area in Khonkaen Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University* 2013;31(5):179-201. (In Thai)