



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย

ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ *

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต ที่มีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ระบบบริการสุขภาพต้องบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต มีความพยายามจัดการดูแลแบบประคับประคองขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนในหลากหลายรูปแบบ บทความนี้จึงจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง 4 รูปแบบในประเทศไทย: การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน รวมทั้งจุดแข็ง ข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง; รูปแบบการดูแล; ระยะท้ายของชีวิต



Palliative Care Model in Thailand

Piyawan Pokpalagon*

Abstract

The emergence of chronic diseases and life-threatening disease leads to the necessity of healthcare provision for people who are at the terminal phase of life. Palliative care has been emphasized by the World Health Organization to be integrated into a part in maintaining the life span. Most organizations have tried to manage to have palliative care in hospitals and in the community in a various form. Therefore, this article aims to analyze the four palliative care delivery models in Thailand : palliative care operated by religious-based organizations, home-based/community-based care, hospital-based services, and hospice. The strengths and limitations of each palliative care model are discussed and recommendations for further development of palliative care model are also presented.

Keywords : Palliative care; Model of care; End-of-life



ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น โรคเมะเร็ง และโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก¹ รวมทั้งในประเทศไทย² โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคน ที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต³ จึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต⁴ ทำให้ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกมีการตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น สำหรับในประเทศไทยมีความพยายามขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย กำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559⁴ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ได้กำหนดให้มีโครงการจัดตั้งหน่วยประคับประคองดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ในโรงพยาบาลของกรมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โดยให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานเต็มเวลา⁵ สถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ได้มีความพยายามจัดการดูแลแบบประคับประคองขึ้น ในสถานพยาบาล และในชุมชนด้วยรูปแบบที่หลากหลาย⁶⁻⁷ จากการสำรวจโดยการจัดกลุ่มประเทศทั่วโลกเกี่ยวกับการพัฒนาของ hospice-palliative care พบว่าการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังคงอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบการดูแล การบริการการดูแลแบบประคับประคองมีเฉพาะในบางพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลยังไม่มากนัก เงินส่วนใหญ่ได้รับจากการบริจาค ยังไม่มีส่วนกลางในการรับผิดชอบและประสานงาน ทำให้การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วน และไม่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการบริหารยา โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids^{3,8-9} จากการที่การดูแลแบบประคับประคองยังไม่มีมาตรฐานการเข้าสู่ระบบ

บริการสุขภาพโดยรวมอย่างเป็นรูปธรรม การบริการจึงเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาล สถานพยาบาลกึ่งบ้าน บ้านชุมชน และการดูแลโดยองค์กรทางศาสนา⁷ ซึ่งแต่ละระดับก็มีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย บทความนี้จึงนำเสนอรูปแบบต่างๆ ในการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีอยู่ในประเทศไทย วิเคราะห์จุดเด่นและข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-based organization)

องค์กรศาสนานับเป็นหน่วยงานในลำดับต้น ๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายในประเทศไทย ปรัชญาและแนวคิดทางศาสนามีความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และกฎของไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) และอนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ความตายในมุมมองของทางศาสนาจึงเป็นเรื่องของการเป็นไปตามธรรมชาติ อีกทั้งแนวคิดทางศาสนายังเชื่อในเรื่องของการมีสติและจิตใจอันผ่องแผ้วก่อนเสียชีวิต เพื่อไปสู่สุคติหลังการตาย ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนาจึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเข้าใจกฎของธรรมชาติ ยอมรับ และมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข พร้อมทั้งจะจากไป ตายดีหรือตายอย่างสงบในที่สุด¹⁰ แนวคิดเช่นนี้ทำให้เกิดการก่อตั้งสถานดูแล เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี โดยพระอาจารย์อลงกต ดิกขปัญโญ และบ้านกลารา ลำไทร จ.ปทุมธานี โดยคณบดีกบวชพรานชิสกัน สองแห่งนี้ก่อตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกทอดทิ้งที่ได้รับการช่วยเหลือจนถึง วาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงโรคเอดส์ วัดคำประมง จ.สกลนคร โดยพระอาจารย์ ปพนพัชร จิรธัมโม ซึ่งก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็น



สถานดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามแนววิถีพุทธ ที่ได้รับการยอมรับจากสังคมในวงกว้างทั้งหน่วยงานด้านการศึกษา บริการสาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มีการศึกษาดูงานเป็นจำนวนมาก และปัจจุบัน อโรคยศาล วัดคำประมงได้รับการจัดตั้งเป็น “โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง” ดังนั้นในบทความนี้จึงขอนำเสนอรูปแบบการดูแลของ อโรคยศาล วัดคำประมง ซึ่งถือเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จของสถานบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดำเนินการโดยองค์การทางศาสนา

อโรคยศาล วัดคำประมง จ.สกลนคร ได้ก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสถานที่บำบัดมะเร็งแบบองค์รวมตามแนววิถีพุทธ เพื่อเยียวยาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆ กัน ใช้หลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนา นำมาซึ่งการยอมรับความจริงของชีวิต การสวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ควบคู่กับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยโดยใช้สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น ดนตรีบำบัด หัตถะบำบัด โภชนาการบำบัด การออกกำลังกาย ฯลฯ โดยการรักษาทั้งหมดไม่เสียค่าใช้จ่าย เงินสนับสนุนทั้งหมดมาจากการบริจาคทั้งสิ้น¹¹ โครงสร้างและบรรยากาศโดยรอบ แวดล้อมด้วยธรรมชาติ ต้นไม้ อ่างเก็บน้ำ อยู่ในพื้นที่ที่เงียบสงบ มีสถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมร่วมกัน มีอาคารที่พักสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ และจิตอาสา ซึ่งส่วนใหญ่ทำจากไม้และดินเพื่อให้เข้ากับธรรมชาติโดยรวม เรือนพักมีลักษณะคล้ายบ้านให้ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย โดยจะมีทั้งแบบพักรวมกัน แบ่งเป็นห้องๆ และแบบบ้านเดี่ยว ในแต่ละกลุ่มบ้านจะมีพื้นที่ร่วมกันสำหรับให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรม พักผ่อน เกิดการรวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประคับประคองและดูแลซึ่งกันและกัน เปรียบได้กับกลุ่มมิตรภาพบำบัดที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ สภาวะแห่งการเป็นชุมชนร่วมกัน สังคมแห่งการเกื้อกูล พึ่งพากันและกัน ประคับประคองและดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดเป็นสังคมของความรัก การช่วยเหลือ การแบ่งปัน สิ่งต่างๆ

เหล่านี้ทำให้จิตใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเยียวยาในที่สุด ซึ่งแตกต่างจากความรู้สึกเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล

จากการที่ผู้เขียนได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานที่ อโรคยศาล วัดคำประมง พบว่า ทีมผู้ให้การดูแลประกอบด้วย พระอาจารย์ปพนพัชร จิรธัมโม หรือที่ชาวบ้านเรียกกันว่า “หลวงตา” พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แพทย์แผนไทย รวมทั้งจิตอาสาที่เป็นแพทย์ พยาบาล และหลากหลายอาชีพจากที่ต่างๆ รวมถึงญาติของผู้ป่วยที่ร่วมกันมาให้การดูแล ทำให้การดูแลของที่นี่แตกต่างจากสถานพยาบาลทั่วไป จุดเด่นคือการดูแลโดยพระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้รื้อฟื้นหลักธรรมคำสอนมาใช้เยียวยาและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี ในยามเจ็บป่วยพบกับภาวะวิกฤต หรือแม้ในช่วงใกล้เสียชีวิต พระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้นำผู้ช่วยเหลือด้านจิตใจและจิตวิญญาณสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความหวัง ตลอดจนชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นสังขารของชีวิตจนเกิดปัญญาที่จะสามารถปล่อยวางความเจ็บป่วย ความหวงหาอาหารต่างๆ พระสงฆ์และหลักพระธรรมคำสอนจึงนับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการขั้นสูงมีบทบาทอย่างมากในการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งการดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย โดยทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย เป็นการบูรณาการการดูแลร่วมกัน นอกจากนี้จิตอาสา นับเป็นจุดเด่นที่สำคัญอีกจุดหนึ่ง เนื่องจากการทำงานของจิตอาสาเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มาจากการถูกบังคับให้แสดงบทบาทตามที่เขียนไว้ในเอกสารจริยธรรมวิชาชีพเท่านั้น แต่เป็นการดูแลด้วยความสมัครใจ ด้วยความยินดี โดยมีความเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน และเห็นคุณค่าในงานที่ทำ ทำให้การดูแลนั้นมาจากหัวใจของผู้ดูแลอย่างแท้จริง แต่อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดในเรื่องของความต่อเนื่องของจิตอาสาที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่จะหมุนเวียนเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ปัจจุบันทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้สนับสนุนให้บุคลากรทางสาธารณสุขจาก 18 อำเภอ หมุนเวียนกันเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่องมากขึ้น



กระบวนการรักษาของสถานพยาบาลแห่งนี้ ประกอบด้วย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์แบบผสมผสาน และการบำบัดต่างๆ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การสัมผัสบำบัด โภชนาการบำบัด ดนตรีบำบัด หัวเราะบำบัด และการออกกำลังกาย สำหรับการรักษาด้วยสมุนไพร ประกอบด้วยตัวยาสุมุนไพรรหลัก 11 ชนิด ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยในระดับพรีคลินิกถึงการออกฤทธิ์ของตัวยา โดยพบว่ามึฤทธิ์ฆ่าและต้านการเจริญของเซลล์มะเร็งที่เพาะเลี้ยงในหลอดทดลอง อีกทั้งยังมีฤทธิ์ต้านการกระตุ้นการเจริญของเนื้องอกในสัตว์ทดลอง สามารถยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งบางชนิด¹² ในส่วนของการจัดการอาการเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยมีการใช้ยาสุมุนไพรร่วมกับการปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อพิจารณาทุกขเวทนา โดยพบว่ามีการใช้ยาบรรเทาปวดในปริมาณที่น้อยมากเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่น ๆ¹³ นอกจากนี้ความศรัทธาและความเชื่อ นับเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อหลวงตาผู้บำบัดรักษา รวมทั้งความเชื่อที่มีต่อพระพุทธศาสนา และพิธีกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธา ดังเช่น พิธีตัมยาซึ่งเป็นพิธีที่สำคัญของโรคนิ่ว วัดคำประมงแห่งนี้ ในพิธีจะมีการปลุกเราให้ผู้ป่วยรู้สึกมีพลัง ส่งผลให้เกิดความหวังและกำลังใจ ประกอบกับมีการเขียนคำสารภาพบาป เพื่อปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจหรือความรู้สึกผิดเป็นตราบาปที่ฝังอยู่ในใจสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการเยียวยาทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งกระบวนการบำบัดเหล่านี้ หากวิเคราะห์ตามหลักจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) กระบวนการเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้สารเคมีภายในร่างกาย ระบบประสาทอัตโนมัติและสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง สมองกระตุ้นให้เกิดการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อที่ควบคุมฮอร์โมน ส่งผลให้สารเคมีในร่างกายอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มปริมาณมากขึ้น ภูมิคุ้มกันที่มากขึ้นส่งผลต่อการหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งในที่สุด¹⁴ นอกจากนี้ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลา

ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสขอขมาลาโทษ หรือขอโหสิกรรมกันและกัน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น คลายความขัดแย้ง ปลดปล่อยความรู้สึกผิดบาปและติดค้างในใจ และเมื่อสัญญาณชีพต่างๆ ของผู้ป่วยเริ่มอ่อนตัวลง ครอบครัวและจิตอาสา จะร่วมกันสวดมนต์ เพื่อให้จิตของผู้ป่วยที่กำลังจะละสังขารอยู่ในสภาวะที่นิ่งและสงบที่สุด หรือในทางพุทธศาสนาเรียกว่าการตายดีนั่นเอง

จากโครงสร้างและกระบวนการดูแลข้างต้น พบว่าผลลัพธ์ของการดูแลของโรคนิ่ว วัดคำประมงส่งผลต่อสุขภาวะทั้งกายและใจ โดยการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น อารมณ์ไม่สุขสบายต่างๆ ลดน้อยลง¹⁵ และผู้ป่วยมะเร็งที่มาพักรักษาตัวที่นี่ มีคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณดีขึ้น หรือสูงกว่าสถานพยาบาลทั่วไป^{13, 16-17} มีการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณ ปลอ่ยวาง สิ้นน้ำยืมแยม มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรค แต่ในขณะที่เดียวกันถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้นก็สามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไป¹⁸⁻¹⁹ โดยมีการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย¹⁷⁻¹⁸

การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์การศาสนา จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลด้วยแพทย์ทางเลือก และการดูแลแบบผสมผสาน โดยมีจุดเด่นที่สำคัญคือ การใช้ธรรมะบำบัดในการเยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบเป็นองค์รวม อย่างไรก็ตามการดูแลโดยองค์การศาสนาอาจมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ ทุนทรัพย์ ทรัพยากร และการเข้าถึงยาโดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ดังนั้นการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน ได้แก่ การจัดบุคลากรทางสาธารณสุขหมุนเวียน ช่วยสนับสนุนการดูแล จัดสรรทรัพยากร ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งการปฏิรูป

กฎหมายการควบคุมยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานพยาบาลใด สิ่งต่างๆ เหล่านี้จึงมีความจำเป็นในการสนับสนุนให้การบริการโดยองค์กรทางศาสนามีความมั่นคงยืนยาวต่อไป

รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-based/Community-based Care)

รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน มีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้²⁰ ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล และทีมสหสาขาวิชา แต่เนื่องจากภาวะการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน มักเป็นผู้ป่วยที่รักษาจากที่อื่น ๆ มาแล้วไม่ดีขึ้น หรือรักษาไม่ได้แล้ว ผู้ป่วยจำนวนมากต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนวาระสุดท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมักจะมีอาการต่าง ๆ

ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลอาจพบภาวะเหนื่อยล้าในการดูแล ปัญหาการเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ตลอดจนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล²¹ จากหลากหลายมิติของการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งประเด็นปัญหาที่อาจพบ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการเตรียมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลแบบองค์รวม การคิดเชิงระบบ และการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พัฒนาระบบและปรับปรุงคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการประสานการดูแล การจัดการทางการแพทย์ การดูแลด้านจิตสังคม และการให้ความรู้ คำแนะนำ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี²² โดยมีความตัวอย่างการประสบความสำเร็จที่มีให้เห็นอย่างเด่นชัดในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง เช่น พ.ว.ไพรินทร์ สมบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัวจ.น่าน, พ.ว.มาลีจิตร ชัยเนตร โรงพยาบาลแม่ลาว จ.เชียงราย, พ.ว.สุรีย์รัตน์ ธนากิจ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จ.ตราด, พ.ว.ฐิติมา โพธิ์ศรี โรงพยาบาลเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด เป็นต้น โดยบุคคลเหล่านี้มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าทีมในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอคิวและสามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่อง รับประทานเพื่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ เครือข่ายผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการเยี่ยมบ้านตามชุมชน สอนและแนะนำการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลจัดการอาการปวดและควบคุมอาการต่าง ๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถบริหารยาแก้ปวดและยาพื้น



ฐานเพื่อจัดการอาการต่างๆได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน²³

จุดแข็งของรูปแบบนี้พบว่าเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชา ผู้ซึ่งได้รับการอบรมฝึกฝนด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น สามารถควบคุมความปวดและอาการรบกวน ประหยัดค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุดเมื่อเทียบกับรูปแบบอื่น ๆ²⁴ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น²⁵ ประโยชน์ของการดูแลในรูปแบบนี้ คือ เป็นการนำ การดูแลไปสู่ผู้ป่วยที่อาจจะมีความยากลำบากในการเดินทาง ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามที่ตนเองต้องการ และได้ อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน ลดการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ในโรงพยาบาลลดลง

อย่างไรก็ดีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลที่ค่อนข้างหนักทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นคือผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (Caregiver burden) และสะสมจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป (Caregiver burn out) นอกจากนี้การดูแลที่บ้านยังมีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายยาและวัสดุอุปกรณ์บางอย่างที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้เมื่ออยู่ที่บ้าน การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน และภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ เนื่องจากระบบการประกันสุขภาพของไทยยังให้ความครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครบถ้วนนัก ดังนั้นรัฐบาลควรมีนโยบายและมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลสมาชิกที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การคำนึงถึงการเสียโอกาสจากการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัว ระบบการสนับสนุนทางการเงินที่เหมาะสม การช่วยเหลือด้านรายได้ การไม่นับเป็นการขาดงานเมื่อต้องมาดูแล บุพการี การมีสถานดูแลชั่วคราว (Respite care) และชุดสิทธิประโยชน์การเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

ต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้การวางแผนก่อนจำหน่ายสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมทั้งการประสานติดต่อกับชุมชนและสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องนับว่ามีความสำคัญอย่างมาก อีกทั้งควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น มีการใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครในชุมชนในการทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรองในชุมชน มีจัดระบบขอบเขตการดูแลรวมถึงการคัดกรองอาสาสมัคร การสร้างความตระหนัก และการเพิ่มพูนความรู้สำหรับ อสม. ให้มากขึ้น²⁶ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า อสม. เหล่านี้มีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน แต่ยังคงต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้และด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย²⁷

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-based services)

โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระบบสุขภาพ เป็นองค์กรทางสุขภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการจัดการหรือการรักษา เช่น การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด หรือการดูแลบรรเทาอาการต่างๆ ที่อาจไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ การรักษาในโรงพยาบาลดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในหลากหลายสาขา อย่างไรก็ตามสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยทั่วไปอาจจะมีเป็นส่วนตัวค่อนข้างน้อย และอาจมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมในโรงพยาบาลอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมากนัก ผลการสำรวจสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลยังต้องการความพร้อมทั้งในเรื่องระบบบริการและการเตรียมการด้านบุคลากร²⁸ อย่างไรก็ตาม



ที่ผ่านมาโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น, ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลรามารัตน์, ศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น ได้นำแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในหลายรูปแบบ มีความพยายามในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การใส่บาตรข้างเตียง การนิมนต์พระมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น โดยการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็นรูปแบบหลัก ๆ ได้ 2 ลักษณะ คือ ระบบทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) และหน่วยเฉพาะ/หอผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward)

การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) เป็นบริการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะ ซึ่งผู้ให้บริการหลักที่สำคัญอย่างน้อยควรประกอบไปด้วยแพทย์และบุคลากรพยาบาลชั้นสูง ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้บุคลากรในทีมอาจประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา จิตอาสา พระภิกษุ ฯลฯ โดยทีมดูแลแบบประคับประคองจะเป็นทีมงานหนึ่งในโรงพยาบาลและติดตามให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งข้อดีคือใช้บุคลากรน้อย และไม่จำเป็นต้องมีสถานที่เหมือนการดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะ โดยการให้บริการอาจมีความแตกต่างกันตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล โดยเริ่มจากรับปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมประเมินผู้ป่วย รับปรึกษาทางโทรศัพท์ ดูแลร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ จนถึงรับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ จุดแข็งของรูปแบบการให้คำปรึกษาจึงเป็นบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องให้ทรัพยากรสิ้นเปลือง โดยมีการศึกษาพบว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาทำให้ครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับการดูแลดีขึ้น มีการสื่อสารให้ข้อมูลมากขึ้น

และได้รับการดูแลสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ²⁹ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของรูปแบบนี้คือ โอกาสที่จะสร้างมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองให้เกิดขึ้นในระบบแบบวงกว้างและทั่วถึงลดลง และหากแพทย์เจ้าของไข้ไม่ส่งปรึกษา ผู้ดูแลไม่ตระหนัก หรือไม่ทำตามคำแนะนำของทีมให้คำปรึกษา อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลที่ไม่เหมาะสม³⁰

หน่วย/หอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward) เป็นการดูแลแบบประคับประคองที่อาจจัดขึ้นเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ หรืออาจจัดมุมใดมุมหนึ่งหรือบางพื้นที่ในหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยเฉพาะนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มีอาการที่ยากต่อการควบคุม ครอบครัวมีความทุกข์มากต้องการการสนับสนุนดูแลที่มากกว่าปกติ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย³¹ เป้าหมายของการดูแลเปลี่ยนจากการรักษา เป็นการดูแลเพื่อความสงบสบาย บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เยียบสงบ และให้ครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการเป็นแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ จิตอาสา หรือพระสงฆ์ ผู้ซึ่งได้รับการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้การดูแลในรูปแบบนี้มีจุดแข็งคือผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลที่ดี สามารถควบคุมบรรเทาอาการได้ดี และเป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาดูงานการดูแลแบบประคับประคอง การวิจัย หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ของจิตอาสา อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของรูปแบบนี้คือ จะต้องมีการศึกษาดูงานการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นจากเดิม และหอผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้อาจถูกรับรู้ว่าเป็นหอผู้ป่วยสำหรับผู้ที่ใกล้เสียชีวิต หรือเป็นสัญลักษณ์ว่าแพทย์ยอมแพ้ต่อการรักษาได้³⁰

รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice)

สถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ ฮอสพิซ (Hospice)



หมายถึง สถานที่พำนักและให้บริการผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะท้าย ผู้มีชีวิตอยู่ได้ในเวลาจำกัด อาจเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น หน่วยหนึ่งในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของรัฐหรือของเอกชน เป็นที่สำหรับส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัคร แนวคิดของฮอสพิซเชื่อว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อคนเรารู้ว่าจะต้องเสียชีวิต เช่น เป็นมะเร็งหรือเอดส์ขั้นสุดท้าย หรือสูงอายุมาก ๆ ก็ไม่ควรยืดความตายออกไปด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสายระโยงระยางของเครื่องช่วยชีวิตเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทา ควบคุมความเจ็บปวด และอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัว ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วยด้วยการทำให้ทุก ๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย ซึ่งแนวคิดเช่นนี้จะแตกต่างจากแนวคิดของการรักษาพยาบาลกระแสหลักที่การรักษาพยาบาลเป็นการต่อสู้กับความตายที่ต้องเอาชนะด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยความสำเร็จอยู่ที่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป³²⁻³³

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี นับว่าเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลัก Hospice เป็นฮอสพิซแห่งแรกที่ก่อตั้งโดยรัฐบาล โดยหนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของโรงพยาบาลแห่งนี้ คือ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในทุก ๆ ระยะของโรค รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดเด่นคือ ลักษณะทางกายภาพ ภายนอกเป็นธรรมชาติ บรรยากาศเงียบสงบ ภายในสะดวกสบายเป็นห้อง (unit) ที่ชัดเจน มีห้องผู้ป่วยในสำหรับการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ เรียกว่า หออภิบาลคุณภาพชีวิต

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หออภิบาลคุณภาพชีวิตมีห้องผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะคล้ายบ้าน มีห้องหรือมุมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ห้องพักผ่อน ห้องอาหาร ห้องสวนมนต์ รวมทั้งจัดสถานที่ในการปฏิบัติธรรมของศาสนาให้เป็นสัดส่วน ทีมผู้ดูแลประกอบด้วย แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้นำทางศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยทางหอภิบาลคุณภาพชีวิตจะรับผู้ป่วยไว้ดูแลเพื่อควบคุมบรรเทาอาการ หรือเตรียมพร้อมญาติเพื่อให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน มุ่งกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยจะนอนได้ไม่เกิน 2 อาทิตย์ ญาติของผู้ป่วยจะได้รับการสอนและคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้านอย่างถูกต้อง มีบริการการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านและต้องการการดูแลต่อ ฮอสพิซแห่งนี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มาบรรเทาอาการในระยะสั้น ๆ และสำหรับครอบครัวในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อการกลับไปดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของรูปแบบนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลกึ่งบ้าน ได้รับการจัดการควบคุมอาการ และมีคุณภาพการตายที่ดีขึ้น³⁴ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง การเข้ารับรักษาในไอซียูลดลง การทำหัตถการรุนแรงในระยะท้ายของชีวิตลดลง และค่าใช้จ่ายในปัสสาวะของชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับที่ดูแลที่ได้รับตามปกติ³⁵ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของสถานพยาบาลกึ่งบ้าน คือ จำนวนเตียงที่มีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจะพักได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้เท่านั้น

บทสรุป

รูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคองอาจมีความแตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของสถานบริการสภาพของชุมชน สังคมและวัฒนธรรม สถานบริการแต่ละรูปแบบล้วนมีบทบาท เอกลักษณ์ คุณค่า และข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป การดูแลโดยองค์การทางศาสนาสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบทางเลือกและผสมผสาน



เน้นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การดูแลที่บ้าน หรือในชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวสนับสนุนมี ผู้คอยช่วยเหลือดูแล มีเครือข่ายที่บ้าน/ชุมชนที่ดี ต้องการ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยแวดล้อมด้วยเพื่อนและ ครอบครัว การรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มี ปัญหาซับซ้อนเฉพาะด้าน หรือต้องการการจัดการแบบ intensive และศูนย์มะเร็งฮอสพิซ สำหรับเตรียม ครอบครัวในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบการ ดูแลแบบประคับประคองจึงไม่มีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกคนและทุกครอบครัว การ พัฒนารูปแบบการดูแลจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างใน แต่ละบริบท การออกแบบระบบที่ไม่คำนึงถึงความแตก ต่างอาจทำให้ระบบมีความซับซ้อน แข่งขันซึ่งกันและกัน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลจึงไม่ใช่การทำรูปแบบ ใดรูปแบบหนึ่งให้เหมือนกัน หากแต่ต้องพัฒนาให้ แต่ละรูปแบบแสดงบทบาทที่มีคุณค่าของตนเองออกมา ให้มากที่สุด เพื่อเป็นเสมือนทางเลือกในการดูแลสำหรับ ผู้ป่วยและครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง องค์กรทางศาสนา และสถาน พยาบาล ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลแบบ ประคับประคองด้วยรูปแบบและระบบบริการที่มีความ สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของแต่ละบริบท สิ่งสำคัญ ของการดูแล คือมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับ ประคองเข้าไปในแต่ละสถานบริการทุกระดับ ทุกสถาน พยาบาล เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแล แบบประคับประคองได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะ หรือโรคที่คุกคามชีวิต ต่อเนื่องจนระยะท้ายของชีวิต รัฐบาลควรมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย ให้ระบบบริการ ดูแลแบบประคับประคองได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบ บริการสาธารณสุขของประเทศที่ชัดเจน ให้มีความ ครอบคลุม และประชาชนเข้าถึงบริการได้ ส่งเสริมให้มี โครงสร้างงาน Palliative care ในหน่วยบริการที่เหมาะสม ตามระดับบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ และพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้มีความเชื่อมโยงประสาน กันในแต่ละสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแล ที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง มีการเชื่อมต่อจากบ้านและชุมชน

สู่สถานพยาบาลในแต่ละระดับ และจากสถานพยาบาล สู่บ้านและชุมชน นอกจากนี้แนวทางหนึ่งที่จะพัฒนา คุณภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง คือ การพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญอย่างดียิ่งในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2014 ; 28(2):130-4.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงาน กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ใน พระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. Connor S, Bermedo MS. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva, Switzerland/ London, UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance. 2014.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผน ยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะ ในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 ตามมติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่ 2 วันอังคารที่ 17 ธันวาคม 2556 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
5. งานยุทธศาสตร์สุขภาพ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข. หลัก ๓ ประการ ในการทำงานของ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รมว.สธ. และ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รมช.สธ. 2558 [cited 2558 5 สิงหาคม]. Available from: http://mkho.moph.go.th/mko/for_dmdownload/2014-11-18-A0006.pdf.



6. สาสินี วิเศษฤทธิ์, จิตรศิริ ชันเงิน. สังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2549;4(1):122-31.
7. Wright M, Hamzah E, Phungrassami T, Bausa-Claudio A. Hospice and palliative care in Southeast Asia: a review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines: Oxford University Press; 2010.
8. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. Journal of pain and symptom management. 2008;35(5):469-85.
9. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of pain and symptom management. 2013;45(6):1094-106.
10. สุภรณ์ แนวจำปา. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2554.
11. Aphinyana Arokhayasala Foundation. Thai Herbal Medicine & Meditation for Cancer Healing. 2014. p. 23-7.
12. นพมาศ สุนทรเจริญนนท์. การวิจัยและพัฒนาตำรับยาต้านมะเร็งสูตรวัดคำประมง: รายงานการวิจัย Research and development of anti-cancer formula from Wat Khampramong. [กรุงเทพฯ]: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2556.
13. Pokpalagon P, Hanucharunkul S, McCorkle R, Tongprateep T, Patoomwan A, Viwatwongkasem C. Comparison of care strategies and quality of life of advanced cancer patients from four different palliative care settings. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2012;14:326.
14. Eismann EA, Lush E, Sephton SE. Circadian effects in cancer-relevant psychoneuroendocrine and immune pathways. Psychoneuroendocrinology. 2010 8//;35(7):963-76.
15. Poonthananiwatkul B, Lim RHM, Howard RL, Pibanpaknatee P, Williamson EM. Traditional medicine use by cancer patients in Thailand. Journal of Ethnopharmacology. 2015 6/20//;168:100-7.
16. นงลักษณ์ สรรสม, สุวีพร ธนศิลป์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Journal of Nursing science Chulalongkorn University). 2553;ฉบับพิเศษ: 42-53.
17. วิไลลักษณ์ ดันดีตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก. 2552;2(3):27-36.
18. Suk-erb W. Resilience and coping: the perspectives of cancer patients, family caregivers, and medical volunteers at Khampramong Monastery, Thailand: UNIVERSITY OF NORTHERN COLORADO; 2014.
19. จรัสแสง ผิวอ่อน. การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2554.
20. World Health Organization. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action: Published collaboratively by the Cross Cluster Initiative on Home-based Long-term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health and the Department of HIV/AIDS, Family and community Health, World Health Organization; 2002.

21. จินตนา อาจสันเทียะ. การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนตามวิถีแบบพุทธ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556;14(2):9-16.
22. Deitrick LM, Rockwell EH, Gratz N, Davidson C, Lukas L, Stevens D, et al. Delivering specialized palliative care in the community: A new role for nurse practitioners. *Advances in Nursing Science*. 2011;34(4):E23-E36.
23. อูปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2551;2(2):1021-30.
24. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AG, Hood K, et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2002;13 Suppl 4:257-64. PubMed PMID: 12401699. Epub 2002/10/29. eng.
25. มาลีจิตร ชัยเนตร. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย [การค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย , : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
26. Morris SM, Payne S, Ockenden N, Hill M. Hospice volunteers: bridging the gap to the community? *Health & social care in the community*. 2015.
27. วริสรา ลูวีระ, เดือนเพ็ญ ศรีษา, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2556;28(2):199-204.
28. Phungrassami T, Thongkhamcharoen R, Atthakul N. Palliative care personnel and services: a national survey in Thailand 2012. *Journal of palliative care*. 2013;29(3):133.
29. Casarett D, Pickard A, Bailey FA, Ritchie C, Furman C, Rosenfeld K, et al. Do Palliative Consultations Improve Patient Outcomes? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(4):593-9.
30. Smith TJ, Coyne PJ, Cassel JB. Practical guidelines for developing new palliative care services: resource management. *Annals of Oncology*. 2012 April 1, 2012;23(suppl 3):70-5.
31. Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*. 2013;7(2):201-6.
32. จอนพะจง เฟ็งจาด. แนวคิดและหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Concepts and principles of palliative care). In: ประคอง อินทรสมบัติ, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, editors. *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2558.
33. วรชัย ทองไทย. บ้านพักสุดท้ายและบริบาลระยะท้าย. *วารสารประชากร*. 2555;4(1):93-109.
34. Cagle J, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. *Support Care Cancer*. 2015 2015/03/01;23(3):809-18. English.
35. Obermeyer Z, Makar M, Abujaber S, Dominici F, Block S, Cutler DM. Association between the medicare hospice benefit and health care utilization and costs for patients with poor-prognosis cancer. *JAMA*. 2014;312(18):1888-96.