

บทความวิชาการ

การดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพระดับอำเภอ Palliative Care in District Health System

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (Nithra Kitreerawutiwong)*

สันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (Sunsanee Mekrungrongwong)**

อรวรรณ กิรติสิโรจน์ (Orawan Keeratisiroj)**

จริยา แห่งสันเทียะ (Jariya Hangsuntea)**

บทคัดย่อ

แนวคิดเดิมของการดูแลแบบประคับประคองเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และทำการรักษาหมดทุกกระบวนการแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ เป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันความหมายของการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมตั้งแต่เริ่มต้นของโรคจนถึงการจัดการหลักการสูญเสีย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว บรรเทาความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ทั้ง โรงพยาบาล สถานที่ซึ่งจัดไว้สำหรับรองรับผู้ป่วย กลุ่มนี้โดยเฉพาะ หรือที่บ้านซึ่งต้องเชื่อมโยงการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลักการดูแลแบบประคับประคอง คือ การเข้าถึงบริการ การวางแผน มีการเตรียมทีมงานในการค้นหาถึงความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวม การประสานความร่วมมือกับระบบสนับสนุนทางด้านสุขภาพและสังคม และการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ในระบบสุขภาพอำเภอ หน่วยงานทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ทำงานร่วมกันในการดูแลประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในระดับอำเภอมีการบูรณาการน้อย ดังนั้น การทำงานในระบบสุขภาพอำเภอควรดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายด้วยการนำหลักการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ 6 ด้านมาใช้ในการวางแผนเพื่อให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแบบไร้รอยต่อ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ระบบสุขภาพอำเภอ ทีมหมอครอบครัว

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Abstract

The traditional concept of palliative care begins when patient was diagnosed from the physician that a cure is no longer possible and becomes to the end of life. However, at the present, palliative care covers the early identification to bereavement management of any kind – physical, psychological, social, and spiritual. It promotes patient adaptation, relieves suffering and enhance quality of life with the time remaining. Palliative care caters in hospital, stand-alone palliative care unit, or patients' home which were coordinating and contributing to continuum of care. Palliative care concept involves accessibility, planning, preparing team work for identifying patients' and family needs, patient-center care, holistic care, coordinating for obtaining support from health sector and social sector, and continuity of care. Therefore, district health system should combine health sector, local sector, and people sector working together to serve people in the catchment area. However, at present palliative care in district health system is less integrated. Building a network of palliative care by apply the palliative care concept and integrate the 6 buildings in planning palliative care services will be providing seamless palliative care.

Keywords: Palliative care, District Health System, Family Care Team

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบแผน การเกิดโรคเปลี่ยนเป็นภาระโรคสามรูปแบบ (Triple burden of disease) โดยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) และภาวะเรื้อรัง (Chronic conditions) มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้พบว่าในปี ค.ศ. 2005 มีผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จำนวน 58 ล้านคน ซึ่งประชาชนในจำนวนนั้น ประมาณ 35 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังและเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2020 คาดว่าการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 (World Health Organization, 2010) โดยประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 1.4 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 3.9 ล้านคน ซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ซึ่งผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมี

โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะเรื้อรัง มีความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ทั้งนี้โรคเรื้อรังมีระยะต่างๆ ของวิถีทางความเจ็บป่วย (Trajectory phase) มีการเปลี่ยนแปลงตามวิถีทางสภาวะเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่ง ที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคจะมีการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Abbey, Froggatt, Parker, & Abbey, 2006) จากข้อมูลของประเทศแคนาดา พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่สูงอายุต้องการการรักษาแบบไม่รุกรานหรือพบนานการร่างกาย (Less aggressive treatment) มุ่งเน้นความสุขสบายในระยะสุดท้ายของชีวิตมากกว่าการมีอุปกรณ์ชีวิตจากการตาย (Fowler & Hammer, 2013)

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และก้าวหน้าอย่างช้า ๆ ตามวิถีของการเจ็บป่วยอาจเกิด

ภาวะแทรกซ้อนและความพิการจากการป่วย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน และโรคข้ออักเสบ เป็นต้น (Effiong & Effiong, 2012) และภาวะเรื้อรัง (Chronic conditions) ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งจะรวมโรคเรื้อรัง (โรคไม่ติดต่อ) และโรคติดต่อที่ต้องการการดูแลยาวนานจากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรค AIDS ผู้ที่มีภาวะการล้มเหลวของอวัยวะ ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (The frail elderly) และความผิดปกติทางจิตระยะยาว (Sharma, 2013) ทั้งนี้แนวคิดในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอดีตคือ การรักษาอย่างเต็มที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จนกระทั่งเมื่อรักษาหมดทุกกระบวนการแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้หรือเป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตจึงเริ่มกระบวนการรักษาแบบประคับประคอง แต่ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งจะดำเนินการร่วมไปกับกระบวนการรักษาอื่นตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัย และการดูแลแบบประคับประคองจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามความจำเป็นในระยะต่าง ๆ ของอาการแสดง (ศศิธร ฐานะภพ และ รพีพร ขวัญเชื้อ, 2558) และการดูแลญาติภายหลังการสูญเสีย (Bereavement) เห็นได้ว่าแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขยายจากการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลครอบครัว เปลี่ยนหลักการรักษาจากการแยกส่วนโดยเริ่มให้การดูแลเมื่อหมดหนทางที่จะรักษาเป็นการบูรณาการการดูแลโดยสามารถดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลตั้งแต่วินิจฉัยโรคได้มุ่งเพื่อดูแลรักษาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งอาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษาคำนี้ถึงการตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ให้ผู้ป่วยมีวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี สอดคล้องกับความเชื่อศาสนา สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (World Health Organization, 2016a)

ประเทศไทย มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เรื่องสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคล เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้

บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอบจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันนาการร่างกายเพื่อยืดความตายออกไป กล่าวคือบุคคลมีสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ จะใช้เฉพาะกรณีที่อยู่ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) นอกจากนี้พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่พบในเฉพาะวิชาชีพในโรงพยาบาล และที่บ้าน (จอณพะจง เพ็ญจาด, 2557; พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม, และ อนงค์ ดิษฐสังข์, 2558; พิไลพร สุขเจริญ และ วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2557; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) การดำเนินการในระดับอำเภอที่มีการเชื่อมระหว่างโรงพยาบาล ชุมชนและบ้านยังพบน้อย ทั้งนี้เพื่อเตรียมรองรับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอที่ทำงานเป็นทีมสุขภาพร่วมกับภาคท้องถิ่น และประชาชน จำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมการและทำความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอ คือ ระบบสุขภาพที่ใช้พื้นที่อำเภอเป็นตัวตั้ง โดยมีผลลัพธ์คือสุขภาพของประชาชนในอำเภอ รวมบริการด้านแรก บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนด สุขภาพ ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่ให้บริการในระดับอำเภอ (นิทรากิจธีระวุฒิวิงษ์ และ วุฒิชัย จริยา, 2558) เห็นได้ว่ามีการทำงานของหน่วยงานและมีผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลายทั้งในส่วนของภาคสาธารณสุข ภาคสังคม และภาคประชาชนในอำเภอ ดังนั้นการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพอำเภอ จึงมีความสำคัญเพื่อรองรับสถานการณ์โครงสร้างประชากร การเจ็บป่วย และสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคล บทความนี้นำเสนอความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หลักการดูแลแบบประคับประคองการดูแลแบบประคับประคองแบบในระบบสุขภาพอำเภอ อันจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแล มีความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคอง นำไปสู่การออกแบบทางการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองที่มีความหมายใกล้เคียงกันได้แก่ Hospice care, Supportive care, End of life care หรือ Terminal care และ Palliative care เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน จึงขอกล่าวถึงความหมายของคำต่าง ๆ ดังนี้

Hospice care คำว่า Hospes มาจากภาษาละติน หมายถึง เจ้าบ้าน หรือแขก ซึ่งตั้งขึ้นโดยสำนักสงฆ์ในคริสต์ศาสนา เพื่อเป็นสถานที่พักของคนจนและผู้เจ็บป่วย โดยมีความเชื่อทางศาสนาว่า การดูแลให้ที่พักและอาหารแก่ผู้เจ็บป่วยและคนจน เป็นประสงค์ของพระเจ้า และเป็นการแสดงความรักของเพื่อนมนุษย์ที่มีต่อกัน จนกระทั่งศตวรรษที่ 19 ได้มีการตั้ง Hospice เพื่อเป็นสถานที่ดูแลผู้ที่ใกล้เสียชีวิต (Meghani, 2004) ดังนั้น Hospice จึงเน้นที่การดูแลไม่ใช่การรักษา ดังนั้น จึงพบว่า Hospice care คือ การดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014) ทั้งที่บ้าน (Hospice home care) หน่วยบริการที่เป็นสถาบัน (Hospice institute) หรือในโรงพยาบาลที่จัดหอผู้ป่วยให้มีลักษณะคล้ายบ้านรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice unit) (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549) โดยสรุป Hospice care คือการให้การดูแลประคับประคองในช่วงสุดท้ายของโรคซึ่งรักษาไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ คำนึงถึงคุณภาพชีวิตในชีวิตที่เหลือเป็นหลัก ซึ่งจะไม่เร่งรัดหรือยึดความตายออกไป (National Hospice Organization, 1993)

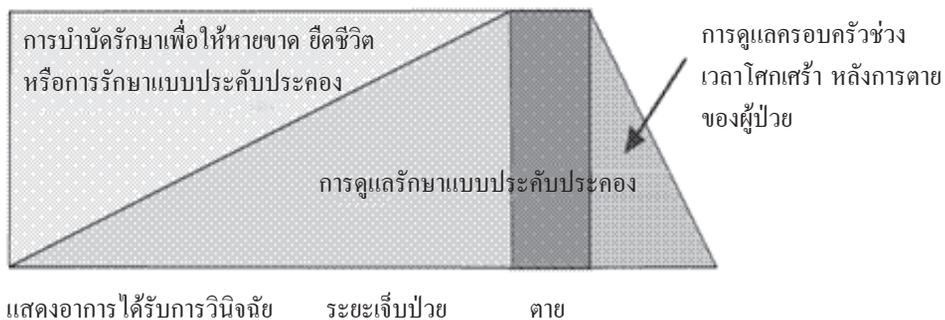
ในส่วนของคำว่า Supportive care (การดูแลแบบบรรเทาอาการ) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (The National Cancer Institute; NCI) ให้ความหมายของคำนี้ คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะของโรครุนแรงที่คุกคามชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ ป้องกัน หรือรักษาอาการของโรค บรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ครอบคลุมการดูแลทางด้านจิตสังคม ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่รุนแรง (National Cancer Institute, 2015) สอดคล้องกับ Aapro (2012) ที่ระบุว่า คำว่า Supportive care และ Palliative care พบส่วนใหญ่ใช้ในสาขามะเร็ง โดยสองคำนี้มีความต่อเนื่องของการดูแล (Continuum) โดยการแบบบรรเทาอาการ คือ การป้องกันและจัดการกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษามะเร็ง ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม อาการข้างเคียง ตลอดช่วงของการรักษามะเร็ง ดังนั้น Supportive care จึงหมายถึง การรักษาแบบบรรเทาอาการ จากผลข้างเคียงของการรักษา มุ่งการดูแลที่ตัวผู้ป่วย ที่ครอบคลุมร่างกาย จิตสังคม สังคม และจิตวิญญาณ ส่วน Palliative care ได้ขยายแนวคิดจากผู้ป่วยเป็นหลัก มาเป็นการมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว คนใกล้ชิด รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ขยายจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าสู่กลุ่มที่มีภาวะเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรค AIDS หรือโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถหายได้ จากแต่เดิมเริ่มให้การดูแลเมื่อหมดหนทางที่จะรักษา เห็นได้ว่าในปัจจุบันหลักการของ การดูแลแบบประคับประคองดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาตั้งแต่วินิจฉัย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ มีเครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale; PPS) ซึ่งประเมินโดยเจ้าหน้าที่เพื่อใช้ในการวางแผนช่วยเหลือ ดูแล และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร และ 5) ระดับความรู้สึกตัว โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เห็นได้ว่าในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยการดูแลแบบบรรเทาอาการจะพบเป็น

กิจกรรมหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้ สัดส่วนของการดูแลแบบประคับประคองจะมากขึ้นตามช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้นจะพบการใช้คำ Supportive care และ Palliative care แทนกันได้

End of life care หรือ Terminal care (การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต) หมายถึง การดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัวในภาวะใกล้ตาย โดยอาจเวลามาเป็นที่ตั้ง (Meghani, 2004; ทศนีย์ ทองประทีป, 2549) ทั้งนี้ Lamont (2005) กล่าวว่า End of life care คือ การดูแลระยะสุดท้ายนับจากระยะเวลาประมาณ 6 เดือนก่อนเสียชีวิต ส่วน Terminal care คือการดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน (Hui, Mori, & Parsons, 2012) ในยุคก่อนผู้ตัดสินใจว่าเมื่อใดการรักษาจะเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตคือแพทย์ แต่ปัจจุบันแนวคิดการดูแลเป็นแบบแบ่งปันการตัดสินใจ (Shared decision-making model) แพทย์จะต้องให้ข้อมูล พุดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพเกี่ยวกับแนวคิดของผู้ป่วย ญาติและร่วมกันตัดสินใจในกระบวนการรักษา (Fassier, Lautrette, & Cioldi, 2005)

Palliative care (การดูแลแบบประคับประคอง) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทา

ความทุกข์ทรมาน ด้วยวิถีทางของการค้นหาและประเมินปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นของโรคและให้การบำบัดรักษาอาการปวดและปัญหาอื่นๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอันจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (World Health Organization, 2016b) เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดีโดยไม่คำนึงว่าจะเป็นโรคอะไร ลูกกลมขนาดใด หรือความต้องการถึงการรักษารูปแบบอื่น การดูแลแบบประคับประคองสามารถให้บริการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อยืดอายุผู้ป่วยหรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วย การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถนำไปใช้ในหลายสถานที่ เช่น ในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือในสถานที่ซึ่งจัดไว้สำหรับรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะ (Hospice) หรือที่บ้าน โดยการดูแลแบบประคับประคองจะเพิ่มสัดส่วนมากขึ้นตามช่วงเวลาของการดำเนินของโรค (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) หากนำมาใช้ในระยะเวลาท้ายของชีวิต จะเรียกว่าเป็นการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care หรือ Terminal care) ถือเป็น การดูแลอย่างต่อเนื่องของการดูแลแบบประคับประคอง (รูป 1)



รูป 1 การดูแลรักษาแบบการบำบัดรักษาให้หายขาดร่วมกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; หน้า 13

หลักการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ต้องทำงานร่วมกัน โดยมีหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การบูรณาการและการดูแลตั้งแต่อาการของโรคเริ่มรุนแรงลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาด โดยเป็นการดูแลที่สนับสนุนการรักษาหลักของโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งควรให้การดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเป็นการบริการแบบองค์รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาคความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกมิติ การดูแลแบบประคับประคอง สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วยไปใช้ร่วมกับการบำบัดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน เพื่อให้ได้ถึงการเข้าใจและการบำบัดต่อภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้ดีขึ้น มีหลักการในการดำเนินการ ดังนี้ (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1) การเข้าถึงบริการ การดูแลแบบประคับประคอง เป็นบริการที่จำเป็น (Essential package) ผู้ป่วยและครอบครัว จะต้องสามารถเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของตนเอง

2) การวางแผน มีการเตรียมทีมงานในการเข้าค้นหาถึงความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาชี้แนะในการดูแล การเตรียมการสำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ถ้ามีข้อสงสัย ถือว่าเป็นการเสริมทางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

3) การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยจะต้องสอดคล้องกับคุณค่าความจำเป็น ความปรารถนาของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและตัดสินใจร่วมกัน สอดคล้องกับ (Constand, MacDermid, Bello-Haas, V.D., & Law, 2014) กล่าวว่า กรอบการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น ประกอบด้วย (1) การสื่อสารที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ และการตอบสนอง

ต่อความจำเป็นของผู้รับบริการ (2) การสร้างความเป็นหุ้นส่วน โดยมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และความร่วมมือของวิชาชีพในการจัดการบริการ และ (3) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีการจัดการรายกรณีที่มีประสิทธิผลและการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นมุมมองของการดูแลแบบประคับประคองจึง ขยายวงจากการมองเพียงผู้ป่วยเป็นหลัก มาครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

4) การดูแลแบบองค์รวม ให้ดูแลทางกายที่บรรเทาความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ชนิดอื่นให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติคำนึงถึงการมีชีวิตและคุณภาพชีวิตให้ไปเป็นไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ นำเอาการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระบบการช่วยเหลือ

5) การประสานความร่วมมือกับระบบสนับสนุนทางด้านสุขภาพและสังคม เชื่อมการดูแลที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน การเพิ่มศักยภาพการดูแลของทีมงานในแต่ละระดับ จัดให้มีถึงระบบสำหรับช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขได้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจุนแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดช่วงเวลาป่วยไข้ของผู้ป่วยและช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

6) การดูแลต่อเนื่อง ที่เชื่อมโยงการดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพอื่นที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพ จากอาการป่วยที่กลับไปกลับมา อาการอาจดีขึ้น ทรมาน และก้าวหน้าไปตามการดำเนินการของโรค

การดูแลแบบประคับประคองแบบในระบบสุขภาพอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทยรวมโรงพยาบาลชุมชน ส่วนราชการอื่น ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในระบบสุขภาพอำเภอด้วย ซึ่งจะครอบคลุมหน่วยงานในระดับอำเภอ ซึ่งพัฒนาการของระบบ

สุขภาพอำเภอมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง หลังจากมีการประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อมาระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการปรับปรุงโครงสร้าง คุณภาพการให้บริการของ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น เช่น การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล การปรับศูนย์สุขภาพชุมชนเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดตั้งเขตสุขภาพ ระบบสุขภาพอำเภอ การทำงานของทีมหมอครอบครัว และกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care cluster) ภายใต้กระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; นิทรา กิจธิระวุฒิวินัย และวุฒิชัย จริยา, 2558)

ประเทศไทยมีการพัฒนางานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในระบบสุขภาพอำเภอซึ่ง ประกอบด้วย

- 1) การสร้างความรู้ผ่านการประชุมวิชาการ หนังสือ
- 2) การเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยการรวมกลุ่มของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัคร ผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงสื่อมวลชน ที่ช่วยขับเคลื่อนและสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และ 3) การดำเนินการทางการเมืองโดยนโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมีการบรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ต่อมามีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เรื่องสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคล เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า และในปีพ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้ทุกสำนักงานเขต สนับสนุนให้โรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ดำเนินการ โครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2556) ปลายปีพ.ศ. 2557 มีการประกาศนโยบายทีมหมอครอบครัวโดยจัดให้มีทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน เพื่อดูแลประชาชน โดยระยะแรกมีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (สำนักบริหาร

การสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ต่อมาในปีพ.ศ. 2558 พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สำหรับทีมหมอครอบครัว (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558) และในปีพ.ศ. 2559 มีการพัฒนาคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ในส่วนของ การปฏิบัติ นั้นพบว่า การดูแลแบบประคับประคอง มีการดำเนินการในหลากหลายสถานที่ ทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานรับดูแลเฉพาะทาง ทั้งนี้หากมองพื้นที่อำเภอเป็นหลักทุกหน่วยงานเหล่านี้ตั้งอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งจะต้องทำงานแบบเชื่อมประสานกัน โดยในส่วนของหลักการทำงานนั้นอยู่ในด้านของการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ซึ่งเป็นหลักการหนึ่งของการทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ ที่ต้องทำงานประสานกันทุกระดับในอำเภอ เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ต้องการบริการจากหลายระดับ หลายหน่วยงานในอำเภอ ในช่วงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยระยะท้ายผู้ป่วยอาจจะมีโอกาสกลับไปกลับมา ทำให้ต้องการการส่งต่อและประสานงานด้วยบริการที่ไร้รอยต่อ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้มีการสร้างความเข้มแข็งของการดูแลแบบประคับประคองด้วยการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพ และรวมการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2556-2563 (ค.ศ. 2013-2020) การดูแลแบบประคับประคอง ได้บรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งของบริการที่ครบถ้วน รอบด้าน (Comprehensive services) ของโรคเรื้อรัง (World Health Organization, 2016a) อีกด้วย เห็นได้ว่าหน่วยงานองค์กรทั้งในทุกระดับให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง ตามองค์ประกอบของบริการสุขภาพในระดับอำเภอ

การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองยังมีรอยต่อในระบบสุขภาพในการปฏิบัติงานจริงกับแนวคิด เช่น มีการดำเนินการในแต่ละวิชาชีพ แต่ละกลุ่มโรค แต่ละสถานที่ เป็นต้น ในปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองมีความชัดเจนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีทรัพยากร ได้แก่ บุคลากรเฉพาะทางที่ครบถ้วน มีความรู้ และทักษะ มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ เมื่อแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยถูกส่งกลับไปดูแลในระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือที่บ้าน พบว่ายังมีข้อจำกัดของการดูแล เช่น หากผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน จะต้องมีการค้นหาและระบุความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ดำเนินการดูแลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่น ตามความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้หากมีการนำแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2007) มาใช้ในการวางแผนในระดับอำเภอเพื่อให้ระบบสุขภาพไม่ถูกแยกส่วน โดยรูปแบบการทำงานจะเป็นแบบเครือข่ายมากกว่าแบบแนวตั้งที่ภาครัฐดำเนินการ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองจะต้องโดยเชื่อมโยงจากชุมชนมายัง โรงพยาบาลและจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน ให้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพอำเภอ จึงสรุปเป็นข้อเสนอแนะการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การจัดการบริการดูแลแบบประคับประคองตามองค์ประกอบของบริการสุขภาพในระดับอำเภอ

องค์ประกอบของบริการสุขภาพ	ข้อเสนอแนะการจัดการบริการดูแลแบบประคับประคอง
<p>ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีกำหนดขอบเขตการบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนมีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา ครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีบริการการดูแลแบบประคับประคอง ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ มีการกำหนดตัวชี้วัด มีโครงสร้างในสถานพยาบาล ในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งการดูแลที่บ้าน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่โรงพยาบาล และสถานที่ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง (Stand alone) - สนับสนุนการจัดการบริการแบบประคับประคองโดยใช้โครงสร้างที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่ม ชมรม โครงการ เป็นต้น โดยอาศัยบุคลากรปฏิบัติงานประจำ มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และกลุ่มจิตอาสา ให้บริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ - เชื่อมโยงการดูแลที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนผ่านระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษาการวางแผนการตายและการดูแลหลังการตาย กับโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองกลับมาดูแลที่บ้านหรือใกล้บ้าน
<p>กำลังคน บุคลากรมีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบงาน ให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมต้องความเหมาะสมทั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดความต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองของพื้นที่ เพื่อประเมินปริมาณกำลังคนที่ต้องการ - การกำหนดองค์ประกอบ บทบาท ปริมาณ คุณภาพ ของทีมสหสาขา ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการมอบหมายภารกิจตามเงื่อนไขความพร้อมของพื้นที่นั้น - การอบรมทีมผู้ดูแลแบบประคับประคองทั้งกลุ่มที่เป็นวิชาชีพ (ภาคสาธารณสุข) และกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ (ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มศาสนิกชน กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้ดูแล) ซึ่งในปัจจุบัน ทุนมนุษย์ในระบบสุขภาพ คือทีมหมอครอบครัว - สร้างแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลแบบประคับประคองของทีมงานในแต่ละระดับ - ประเมินผลการทำงานของทีมงาน นำไปสู่การพัฒนางานการดูแลแบบประคับประคอง
<p>ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น กลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดให้มีผู้ป่วยเข้าถึงยาเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะ อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ อาการกระวนกระวาย ซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษ เช่น กลุ่ม Opioid และกลุ่ม Psychotropic เป็นต้น - การยอมรับการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ศาสนาธรรม และกระบวนการการเยียวยาทางจิตวิญญาณ รูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น - การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การตั้งศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ของตำบล ที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน หรือภาคท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงการจัดระบบการจัดการยา และการคืน ของพื้นที่

ตาราง 1 การจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองตามองค์ประกอบของบริการสุขภาพในระดับอำเภอ

องค์ประกอบของบริการสุขภาพ	ข้อเสนอแนะการจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคอง
<p>ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทําวิจัยเพื่อพัฒนาแก้ไข</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล ระหว่างผู้ให้บริการทุกระดับระหว่างบริการที่โรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน เช่น การบันทึกการดูแลการส่งต่อข้อมูลการดูแลในทุกระดับ เป็นต้น - การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการติดตามประเมินผล เช่น ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองของพื้นที่ เป็นต้น - การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อกำหนดคนโยบาย วางแผน พัฒนางาน และติดตามประเมินผล เช่น การลงรหัส Z51.5 ในรายงานการบริการ Palliative Care ในระบบ ICD10 เป็นต้น
<p>การเงิน การจ่าย หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากรหรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้ทุกเวลาและสถานที่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดสรรเงินค่าตอบแทนการเยี่ยมบ้าน - การจัดสรรงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน - การจัดสรรงบประมาณการอบรมทีมหมอครอบครัว ในแต่ละระดับ
<p>ภาวะผู้นำ ผู้นำต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรมเนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วน ให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดยุทธศาสตร์ ภารกิจ การดูแลแบบประคับประคองของพื้นที่ - การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ - การประเมินผลการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพอำเภอ ประเมินจากคุณภาพของบริการ ผู้ดูแลและครอบครัว และผู้ป่วย (Mularski et al., 2007) ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> : คุณภาพของบริการ ประเมินจาก การดูแลต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจของผู้ดูแล การมีการวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care plan) : ผู้ดูแลและครอบครัว ประเมินจาก ความผาสุก ความเศร้าและความสูญเสียหลังการตาย และภาวะการดูแล : ผู้ป่วยประเมินจาก การตอบสนองต่อความจำเป็นของร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน

สรุป

การดูแลแบบประคับประคองมีความหมายที่กว้างครอบคลุมตั้งแต่เริ่มต้น สามารถให้การดูแลควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอันจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานในเวลาที่เหลือของผู้ป่วย บริการประคับประคองในระบบสุขภาพอำเภอ มีความจำเป็นในการออกแบบบริการให้ทำงานร่วมกัน โดยนำแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ 6 ด้านมาใช้ในการวางแผน และออกแบบการประเมินในประเด็น คุณภาพของบริการ ผู้ดูแลและครอบครัว และผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2556). Palliative Care ในประเทศไทย และเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์. ใน บุญยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 1-12). เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหออครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จอหนะจง เฟ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินี* กรุงเทพฯ, 30(1), 100-109.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

นิทรากิจธีระวุฒิวงษ์และวุฒิชัย จริยา. (2558). การดำเนินการระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กรอบแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 6-16.

พิชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม, และอนงค์ ดิษฐสังข์. (2558). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน : ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 98-109.

พิไลพร สุขเจริญ และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2557). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(Supplement), 155-167.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 1-7.

ศศิธร ธนะภพ และ รพีพร ขวัญเชื้อ. (2558). ความจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 13-25.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สำหรับทีมหออครอบครัว*. นนทบุรี: บริษัทสร้างสื่อจำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอกรอบครัว*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย จำกัด.
- Aapro, M. S. (2012). Supportive care and palliative
care: a time for unity in diversity. *Annals of
Oncology*, 23,1931-1934.
- Abbey, J., Froggatt, K. A., Parker, D., & Abbey, B.
(2006). Palliative care in long-term care: a
system in change. *International Journal Older
People Nursing*, 1(1), 56-63.
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Bello-Haas. V.D.,
& Law, M. (2014). Scoping review of patient-
centered care approaches in healthcare. *BMC
Health Services Research*, 14(271). doi:
10.1186/1472-6963-14-271
- Effiong, A., & Effiong, A. I. (2012). Palliative care for
the management of chronic illness: a systematic
review study protocol.. *BMJ Open 2012*;
2:e000899. doi:10.1136/bmjopen-2012-000899
- Fassier, T., Lautrette, A., & Ciroidi, M. (2005). Care at
the end of life in critically ill patients: the
European perspective. *Current Opinion Critical
Care*, 11(6), 616-623.
- Fowler, R., & Hammer, M. (2013). End-of-Life Care in
Canada. *Clinical Invesmentt Medicine*, 36(3),
E127-E132.
- Lamont, E. B. (2005). A demographic and prognostic
approach to defining the end of life. *Journal of
Palliative Medicine*, 8(Suppl 1), S12-S21.
- Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative
care in the United States. *Journal of Advance
Nursing*, 46(2), 152-161.
- Mularski, R. A., Dy, S. M., Shugarman, L. R.,
Wilkinson, A. M., Lynn, J., & Shekelle, P. G.
(2007). A Systematic Review of Measures of
End-of-Life Care and Its Outcomes. *Health
Services Research*, 42(5), 1848-1870.
- National Cancer Institute. (2015). *Dictionary of Cancer
Terms*. Retrieved 10 December, 2016, from
[http://www.cancer.gov/Templates/
db_alpha.aspx?CdRID#46609](http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdRID#46609)
- National Hospice Organization. (1993). *Standard of a
hospice program of care*. Arlington VA:
National Hospice Organization.
- Sharma, J. (2013). Chronic disease management in the
South-East Asia Region: a need to do more.
WHO South-East Asia Journal of Public Health,
2(2), 79-82.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's
business: Strengthening health systems to
improve health outcomes. WHO's framework
for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Global status report
on non-communicable diseases*. Geneva: World
Health Organization.
- World Health Organization. (2016a). *Planning and
implementing palliative care services: a guide
for programme managers*. Geneva: World
Health Organization.
- World Health Organization. (2016b). *WHO Definition
of Palliative Care*. Retrieved 23 September,
2016, from [http://www.who.int/cancer/palliative/
definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)
- Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas
on palliative care at the end of life*. London:
World Hospice and Palliative Care Alliance.