

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อการพัฒนากระบวนการเพื่อดูแล
ผู้ป่วยระยะท้าย(Hospice care) ในประเทศไทย

การศึกษาส่วนที่ 1
สถานการณ์ Hospice care ในประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

พรเลิศ ฉัตรแก้ว

สุรียรัตน์ งามเกียรติไพศาล

ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์

ภรเอก มั่นสวานิช

ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์

พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (TRC-HS)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

30 เมษายน 2561

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	นิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care)	1
บทที่ 2	กรอบแนวคิดและองค์ประกอบของการจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย	13
บทที่ 3	รูปแบบการจัดบริการและการเข้าถึงการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย	23
บทที่ 4	การวิจัยเชิงสำรวจ	38
ภาคผนวก		82

การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care):
นิยามและองค์ประกอบเพื่อการจัดบริการในประเทศไทย

บทที่ 1

นิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care)

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Terminally-ill patient) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีบริการที่มีรูปแบบและการจัดการที่แตกต่างไปจากรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปที่ยังคาดหวังหรือมีจุดมุ่งหมายเพื่อการหายจากโรคหรือควบคุมโรคเพื่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย

นิยามของ Hospice care

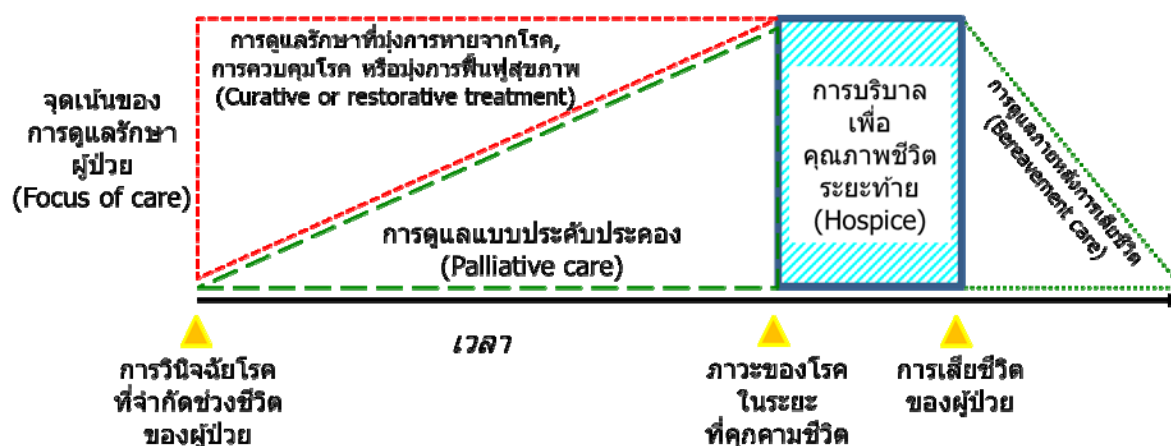
สถานพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในต่างประเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เรียกว่า “Hospice” ยังไม่เคยปรากฏหรือได้รับการนิยามอย่างเป็นทางการในประเทศไทยมาก่อน รูปแบบการดูแลที่เกิดขึ้นใน Hospice หรืออาจเรียกว่า Hospice care ยังไม่ได้รับการนิยามไว้อย่างชัดเจน

Hospice care อาจแปลเป็นไทยได้เป็น “การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย” หรือ Hospice care หมายถึง *การให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้อย่างเหมาะสม ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวในช่วงระยะท้ายของชีวิต (Terminal phase) รวมถึงในช่วงเวลาระยะแรกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement phase)*

และ Hospice จึงนิยามได้เป็น “สถานบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย” ทั้งนี้ ประสพการณ์จากหลายประเทศชี้ว่า การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย เป็นส่วนหนึ่งที่บูรณาการกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

นอกเหนือจากนั้น ยังมีรูปแบบของการให้การดูแลรักษาอีกรูปแบบหนึ่งของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยสถานพยาบาล ด้วยจุดมุ่งหมายทดแทนการดูแลที่บ้านเพื่อให้ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำได้มีโอกาสดำรงชีพจากการปฏิบัติการกิจดังกล่าวในช่วงสั้นๆ ที่ต่างประเทศนิยม เรียกว่า Respite care ซึ่งอาจนิยามแปลเป็นไทยได้ว่า การบริหารระยะท้ายแบบพักพิงชั่วคราว

ภาพที่ 1.1 การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายบนเส้นทางความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคที่จำกัดช่วงชีวิตของผู้ป่วย (Life-limiting illness)



หลักคิดและที่มาของนิยาม “การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย” ในบริบทของระบบบริการสุขภาพของไทย

องค์การอนามัยโลก ไม่ได้มีการกำหนดนิยามของ Hospice ไว้อย่างเป็นทางการ แต่พบว่า Hospice หรือ Hospice care เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีการกล่าวถึง และจัดให้แก่ผู้ป่วยหลายรูปแบบที่มีผู้ใช้หรือกล่าวถึงในความหมายและขอบเขตที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่พบว่าการจัดบริการด้านนี้มักจะมีมิติด้านสังคม เช่น บริบทของชุมชน ความเชื่อ และวัฒนธรรม เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้แต่ละประเทศมีการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการที่สะท้อนรูปแบบของการจัดบริการที่แตกต่างกันไป ดังนั้น การเสนอนิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายตามที่ปรากฏข้างต้นอยู่บนหลักคิดที่สำคัญดังนี้

- 1) การจัดบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่อาจคาบเกี่ยวกับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย
 - **การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)** หมายถึง แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการค้นหาแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างรอบคอบ และการรักษาอาการเจ็บปวดและอาการอื่นๆ ทั้งทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ¹
 - ทั้งนี้ การให้การดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดปัจจุบัน สามารถเริ่มต้นได้ควบคู่กับการรักษาตัวโรคของผู้ป่วย โดยไม่มีความจำเป็นต้องเริ่มต้นเมื่อพบว่าหมดโอกาสเยียวยาตัวโรคให้หายขาด หรือเมื่อตัดสินใจจบการรักษาเพื่อรักษาตัวโรคนั้นแล้ว หรือเมื่อพบว่าชีวิตกำลังจะสิ้นสุดลงสำหรับเด็ก องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของการดูแลแบบประคับประคองไว้เป็นการ

¹ WHO. (2016) Available from: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. [2016, September 30th].

เฉพาะซึ่งหมายถึง การให้การดูแลเชิงรุกแบบองค์รวมครอบคลุมร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของเด็ก รวมถึงการให้การสนับสนุนไปถึงครอบครัวของเด็กด้วย ทั้งนี้สามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคและต่อเนื่องไป โดยไม่จำเป็นที่จะต้องคำนึงว่าเด็กจะได้รับการรักษาโรคนั้นโดยตรงหรือไม่ โดยผู้ให้การดูแลสุขภาพต้องประเมินและบรรเทาภาวะที่เป็น Physical, psychological และ Social distress ของเด็กด้วย ซึ่งสามารถให้การดูแลได้ทั้งในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ศูนย์สุขภาพในชุมชนหรือที่บ้านของเด็กเอง

- **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life care)** หมายถึง การดูแลในแนวทางเดียวกับ Palliative care แต่มุ่งเน้นที่กรอบเวลาในช่วงหนึ่งถึงสองปีสุดท้ายของชีวิตที่ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพต่างตระหนักถึงธรรมชาติการสิ้นสุดของชีวิตที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น แต่ในความหมายที่เจาะจงในบางกรณีอาจมุ่งที่ระยะ 48 ถึง 72 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างรอบด้าน (Comprehensive care)
- **การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Terminal care)** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะเร่งด่วนในระยะก่อนเสียชีวิต
- **การดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care)** หมายถึง การป้องกันและการจัดการกับผลที่ไม่พึงประสงค์จากโรคและการรักษา ซึ่งอาจครอบคลุมถึงอาการทางกาย จิตใจและสังคม รวมถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น
- **การบริบาลระยะท้ายแบบพักพิงชั่วคราว (Respite care)** หมายถึง การให้การดูแลแบบประคับประคองทดแทนบทบาทของตัวผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้านเป็นการชั่วคราวเพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถหยุดพักผ่อนจากภาระการดูแลที่มีอยู่ ซึ่งอาจจัดในรูปแบบบริการผู้ป่วยใน หรือบริการดูแลที่บ้านโดยทีมผู้เชี่ยวชาญก็ได้² ในสหรัฐอเมริกา บริการแบบ Respite care นี้อาจให้ได้ในช่วงเวลา 5 วันในแต่ละครั้ง

2) พัฒนาการของสถานบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice) ในต่างประเทศ

บทความวิชาการหรืองานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ อาจใช้คำทั้งสองคำ คือ Hospice care และ Palliative care ร่วมกันหรือสลับแทนที่กันไปด้วยความหมายที่ทดแทนกันได้ บางประเทศ เช่น แคนาดา มีการเรียกรวมกันไปว่า Hospice palliative care โดยให้นิยามไว้ว่า Hospice palliative care หมายถึง “การดูแลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและยกระดับคุณภาพของการมีชีวิตและการเสียชีวิต (To relieve suffering and improve the quality of living and dying)” ทั้งนี้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับประเด็นทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และประเด็นทั่วไป รวมถึงความคาดหวัง ความต้องการ ความหวังและความกลัวที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมความพร้อมและจัดการช่วงเวลาการสิ้นสุดของชีวิต
3. เผชิญกับความสูญเสียและความเศร้าระหว่างการเจ็บป่วยและหลังการเสียชีวิตแล้ว

² European Association for Palliative Care. (2009)

4. จัดการควบคุมทุกเรื่องที่เกิดขึ้น (Treat all active issues) และป้องกันปัญหาใหม่ไม่ให้เกิดขึ้น (Prevent new issues from occurring) และ
5. ส่งเสริมโอกาสที่จะมีประสบการณ์ที่มีความหมายและคุณค่า ยกระดับบุคคลและจิตวิญญาณ และความภาคภูมิใจในตนเอง (Promote opportunities for meaningful and valuable experiences, personal and spiritual growth, and self-actualization)³

การทบทวนประสบการณ์ในต่างประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร, สหรัฐอเมริกา, ญี่ปุ่น, สาธารณรัฐเกาหลี รวมถึงไต้หวัน พบว่าการให้นิยาม ขอบเขตของบริการและองค์ประกอบต่างๆ ของการจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ รวมถึงสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศหรือพื้นที่⁴

ทั้งนี้ Hui และคณะ⁵ ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวคิดและนิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย และสรุปข้อมูลสำคัญจากเอกสารทางวิชาการที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองดังแสดงในตารางที่ 1.1 ซึ่งมีข้อสังเกตได้ว่าแนวคิดหรือนิยามของ Hospice care และ Hospice มีความหลากหลายและมีพัฒนาการไปตามบริบทที่แวดล้อมและช่วงเวลาที่แตกต่างกันไป

³ Canadian Hospice Palliative Care Association (2002)

⁴ ประสบการณ์ของการจัดบริการ Hospice ในต่างประเทศ ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 ของโครงการฯ

⁵ Hui D., Cruz M., Mori M., et. al. (2013)

ตารางที่ 1.1 พัฒนาการของนิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

แหล่งข้อมูล	ประเด็นที่มีการอภิปรายเกี่ยวข้องกับนิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย
Tehan. Hosp Forum. Standards for hospice Address definition and quality concerns. 1980. [Review]	The National Hospice Organization developed standards that will serve both to define a hospice program and to function as a basis for an eventual accreditation and licensure system: 1. Appropriate therapy is the goal of hospice care 2. Palliative care is the most appropriate form of care when cure is no longer possible 3. The goal of palliative care is the prevention of distress from chronic signs and symptoms 4. Admission to a hospice program of care is dependent on patient and family needs and their expressed request for care 5. Hospice care consists of a blending of professional and nonprofessional services 6. Hospice care considers all aspects of the lives of patients and their families as valid areas of therapeutic concern. 7. Hospice care is respectful of all patient and family belief systems, and will employ resources to meet the personal philosophic, moral, and religious needs of patients and their families 8. Hospice care provides continuity of care 9. A hospice care program considers the patient and the family together as the unit of care 10. The patient's family is considered to be a central part of the hospice care team 11. Hospice care programs seek to identify, coordinate, and supervise persons who can give care to patients who do not have a family member available to take on the responsibility of giving care 12. Hospice care for the family continues into the bereavement period 13. Hospice care is available 24 h a day, 7 days a week 14. Hospice care is provided by an interdisciplinary team 15. Hospice programs will have structured and informal means of providing support to staff 16. Hospice programs will be in compliance with the Standards of the National Hospice Organization and the applicable laws and regulations governing the organization and delivery of care to patients and families 17. The services of the hospice program are coordinated under a center administration 18. The optimal control of distressful symptoms is an essential part of a hospice care program requiring medical, nursing, and other services of the interdisciplinary team 19. The hospice care team will have: a. a medical director on staff, b. physician on staff, c. a working relationship with the patient's physician 20. Based on patient's needs and preferences as determining factors in the setting and location for care, a hospice program provides in-patient care and care in the home setting 21. Education, training, and evaluation of hospice services is an ongoing activity of a hospice care program 22. Accurate and current records are kept on all patients"
McCann. Hospice Care in the United States: The Struggle for definition and survival. J Palliat Care 1988.	Basic principles are as follows: • The patient and the family are the unit of care • Medicine, nursing, social work, spiritual, and bereavement services are available to patients and families in the inpatient and home settings • The objectives of care are the management of physical and psychosocial symptoms • Hospice services are available 24 h a day, 7 days a week • Care is available in both the home care and inpatient settings"

แหล่งข้อมูล	ประเด็นที่มีการอภิปรายเกี่ยวข้องกับนิยามของการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย
[Review]	Hospice in 1982 represented a beginning, an effort to make interdisciplinary team services available to any terminal patient in any setting. Hospice care in 1986 represented a service provided primarily in the home to patients whose care givers can manage their care 24 h a day, seven days a week, with intermittent visits from the hospice staff and some hourly relief from volunteers.
Sutherland et al. Definitions in pediatric palliative care. Health Trends 1993. [Review]	Definition of hospice care - “Sister Frances Dominica emphasized that for children ‘hospice’ retains its original meaning as a ‘place of rest and refreshment on a journey representing a whole philosophy of care rather than a physical facility’. - “This philosophy is founded on the belief that children and their families should be offered help to achieve the best quality of life—physical, emotional and spiritual—through a child’s lifetime and to help the bereave live on after the child’s death. It is a philosophy, which can be translated into community-based care, by pediatric community nursing teams, without necessarily having the back-up of a hospice building. It may be helpful to separate ‘hospice’ from ‘hospice care’—using ‘hospice’ to denote a facility and ‘hospice care’ to refer to care provided in a hospice or other special building, or in the family home and community” - “flexible, individualized, supportive care, including palliative care when appropriate, provided in a hospice or elsewhere, which aims to achieve the best quality of life for the child and family and continues into bereavement for as long as necessary”
Mann et al. Hospice and/or Palliative Care? Am J Hosp Palliat Care 1997? [Editorial]	“Hospice care has to be understood as not only providing excellent pain control and symptom management but also for providing psychological and spiritual support.”
Billings. What is Palliative Care? J Palliat Med 1998. [Review]	“Hospice has come to mean primarily a governmentally regulated organization or program for dying persons and their families, typically focusing on home care, and limited to patients with: 1. An expected prognosis of 6 months or less 2. A focus on comfort measures—this is sometimes (but not always) defined by hospice programs as a desire to forego a variety of “aggressive” and often expensive management approaches (usually including cardiopulmonary resuscitation, blood product replacement, and some forms of radiotherapy, surgery, chemotherapy, and acute care hospitalization), at least insofar as these treatment modalities are being used in an attempt to cure or prolong life rather than to palliative symptoms 3. A general preference for care at home (except where inpatient hospice is available and specifically sought) 4. A willingness to sign a form acknowledging that they want to enter a hospice program and focus on comfort care 5. Health insurance that covers hospice”
Lipman. Defining hospice and palliative care. J Pharmacol Care Pain Symp Control 2001. [Editorial]	Definition of hospice: - Hospice is a philosophy and program that delivers palliative care. Hospice care is provided by an interdisciplinary team that provides expert medical care, pain management, and emotional and spiritual support expressly tailored to the patient’s wishes. Emotional and spiritual support also are extended to the family of the patient. In American hospice programs, care is usually provided in the patient’s home or in a home-like setting operated by a hospice.

แหล่งข้อมูล	ประเด็นที่มีการอภิปรายเกี่ยวข้องกับนิยามของการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย
Jennings et al. What is hospice care? Hastings Center Report 2003. [Review]	Definition of hospice care - Both a concept (that is, a philosophy and a paradigm of care) and an organizational form of health care delivery. - Hospice services include professional nursing care, personal assistance with activities of daily living, various forms of rehabilitation therapy, dietary counseling, psychological and spiritual counseling for both patient and family, volunteer services, respite care, provision of medical drugs and devices necessary for palliative care, and family bereavement services following the patients' death. - Hospice care is provided by an interdisciplinary care team comprised of nurses, social workers, pastoral counselors, nursing assistants, and other health professionals under the management of a physician, who may be the patient's own primary care physician or may be affiliated directly with the hospice program.
Lamers. Defining hospice and palliative care: Some further thoughts J Pain Palliat Care Pharm 2002. [Review]	Definition of Hospice Care: - Initially a building in which dying persons receive care. - Later a philosophy of improved care for dying persons; a program of care persons with time-limiting illness; in French, Spain, and French Canada, a pejorative term (dysphemism) for an institution housing destitute persons. In some parts of the United States (California), the word 'hospice' is also used by programs that do not provide the medical and nursing services requisite for Medicare certification - In the "United States, 'hospice' refers to a specific programmatic model for delivering palliative care. Hospice care, therefore, subsumes a subset of palliative care" - The gold standard of palliative care.
Gazelle. Understanding hospice—an underutilized option for life's final chapter. NEJM 2007. [Editorial]	Concepts for Hospice Care: "Medicare is the primary payer for hospice care in approximately 80 % of cases, with care most often provided in the patient's home... Under Medicare, most expenses related to the terminal diagnosis are paid in full, including all medication and equipment and all visits by hospice nurses and home health aides....Other hallmark hospice services include intensive emotional and spiritual counseling, 24-h crisis management, and bereavement support for at least 1 year after the patient's death... Hospice care can successfully address the critical end-of-life concerns that have been identified in numerous studies: dying with dignity, dying at home and without unnecessary pain, and reducing the burden placed on family caregivers
Batchelor. Palliative or Hospice Care? Understanding the Similarities and Differences. Rehab Nurs 2010. [Review]	Definition of hospice care: "An interdisciplinary approach to providing comprehensive care to those approaching the end of life. To qualify for hospice services, a patient must be in the terminal phase of an illness with a life expectancy of 6 or fewer months as certified by two physicians (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Hospice care focuses on symptom management, which enables the patient to maintain dignity and quality of life. Hospice treats the person and family rather than the disease and affirms life, neither hastening nor prolonging death (NHPCO, 2008a)... Support and comfort care measures are employed so patients can live as fully and comfortably as possible"
Bosma et al. Cultural conceptualizations of hospice palliative care: more similarities than differences.	Three major themes regarding palliative hospice care: 1. Hospice palliative care is holistic care: • Pain and symptom management • Attending to unfinished business • Spiritual and religious care • Support to family, friends and professional care providers • Quality of life and care choices:

แหล่งข้อมูล	ประเด็นที่มีการอภิปรายเกี่ยวข้องกับนิยามของการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย
Pall Med 2010. [Systematic Review]	2. Preferred qualities of health care providers • Compassion, respect and kindness • Speak clearly and listen carefully • Don't talk about dying: focus on hope and optimism • Knowledge ensures good care 3. 'Preempting burdens': • Put your affairs in order • Families and friends need support

ที่มา: ดัดแปลงจาก Hui และคณะ (2013)

3) บริบทของสถานการณ์การจัดบริการในประเทศไทย

การจัดบริการการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ยังไม่เป็นที่รู้จักกันกว้างขวาง แต่มีพัฒนาการมาในระดับหนึ่งโดยเฉพาะในระบบบริการการดูแลสุขภาพของรัฐ บริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยมีความเฉพาะตัวซึ่งส่งผลกระทบต่อานิยาม Hospice care โดยเฉพาะในเรื่องใครคือผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาการและจุดเน้นของการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนรูปแบบที่พบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ซึ่งควรให้มีการทำความเข้าใจด้วยนิยามที่ชัดเจนและสร้างเสริมความเข้าใจที่สอดคล้องไปกับทิศทางที่ต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ

3.1) ใครคือผู้ป่วยระยะท้าย

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ 12 เขตบริการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1. มีผู้ใช้คำเรียกขานผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่โรคภัยคุกคามชีวิต และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกเพียงระยะเวลาจำกัดเท่านั้นอยู่ 2 คำ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นคำที่มีใช้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (หรือ มาตรฐาน HA) ที่ใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งหรือโรคอื่นที่มีอาการทรุดหนักที่ได้รับการวินิจฉัยขณะที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลในช่วงจังหวะที่ใกล้เสียชีวิตแล้ว ทีมผู้รักษาหรือญาติอาจต้องการยุติการยื้อชีวิตผู้ป่วยหรือเพื่อให้ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ส่งผลให้มีการเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองที่ถือได้เป็น “การดูแลระยะสุดท้าย (End-of-life care)” ทว่า ผู้ป่วยมักมีโอกาสได้รับการดูแลดังกล่าวเพียงระยะสั้นๆ เช่น 2-3 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตเท่านั้น

ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นอีกคำที่ได้รับใช้กว้างขวางมากขึ้นในระยะปัจจุบัน ซึ่งมุ่งหมายให้ตีความกว้างขวางกว่า โดยครอบคลุมผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาหาย คุณค่าต่อชีวิตและประเมินได้ว่าจำกัดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่ช้า กระนั้นระยะเวลาดังกล่าวอาจเป็นช่วงเวลาหลายเดือน หรือบางรายมากกว่า 1 ปีก็ได้ ซึ่งการระบุว่าผู้ป่วยใดจะเป็นผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องอาศัยการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก ทั้งนี้มีหน่วยงานทางวิชาการต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่กำหนดแนวทางเพื่อการวินิจฉัยไว้ เช่น การอ้างอิงจากการประเมินระดับคะแนน Palliative Performance Scale (PPS score) ซึ่งใช้กันค่อนข้างกว้างขวางในประเทศไทย การกำหนดระดับจุดตัดจากการประเมิน Activity of Daily Living (ADL) รวมถึงเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคที่ก้าวหน้าหรือรุนแรงมาถึงระดับที่อาจเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอีกไม่นานนัก เช่น มะเร็งระยะแพร่กระจาย (Stage 4), โรคปอดอุดตันเรื้อรัง (COPD) ขั้นรุนแรง ผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ไม่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะรุนแรงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น

2. การประเมินเพื่อวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายจะใช้เกณฑ์ทางการแพทย์ หรือใช้การประเมินจากเป้าหมายการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ ทั้งนี้พบว่าเกณฑ์ทางการแพทย์มักเป็นหลักทั่วไปที่มีการนำมาใช้โดยทีมผู้รักษาและให้การดูแลผู้ป่วย แต่ประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาประกอบด้วยอย่างยิ่ง คือการประเมินโดยเป้าหมายของการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ เนื่องจากโดยหลักการแล้วจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายของการให้การดูแลรักษาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดทางเลือกของรูปแบบและวิธีการของการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ ซึ่งการใช้กระบวนการแสดงเจตนาการเสียชีวิตโดยธรรมชาติของผู้ป่วยในประเทศไทย เป็นตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนกระบวนการที่เคารพต่อสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกเป้าหมายของการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ และควรต้องได้รับการนำมาประกอบการพิจารณาสถานะของการเป็นผู้ป่วยระยะท้ายด้วย
3. การนิยามผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการเชิงระบบได้นั้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงความชัดเจนในเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย โดยเฉพาะหากต้องใช้เป็นประเด็นพิจารณาเพื่อประกอบการออกแบบสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ กลไกการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการ หรือเพื่อประกอบการกำหนดตัววัด (Measures) เพื่อการติดตามทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
4. อย่างไรก็ตาม การศึกษาโดยการเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ 12 เขตบริการ พบว่า ในบริบทของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย นิยมแบ่งกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ เนื่องจากมีการพยากรณ์โรค และความต้องการพื้นฐานที่ต้องได้รับการดูแลรักษาแตกต่างกัน ได้แก่
 - (1) กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคมะเร็ง
 - (2) กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง
 - (3) กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยระยะท้าย

3.2) พัฒนาการและจุดเน้นของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

แม้ว่า Hospice care จะไม่ใช่คำที่ถูกเลือกใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายและงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกระทรวงสาธารณสุข แต่กระทรวงสาธารณสุขได้มีริเริ่มพัฒนาและกำหนดนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มาหลายปีก่อนหน้านี้ ย้อนหลังได้ตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ.2540 จากความริเริ่มในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการรักษามะเร็ง มีการพัฒนาทางวิชาการที่สนับสนุนโดยกรมการแพทย์ อาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ จำนวนหนึ่ง และเป็นสิทธิประโยชน์ที่เบิกจ่ายได้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 กระทั่งการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของ Service plan ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2560 ทำให้ได้รับความสำคัญ ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ อย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม พัฒนาการดังกล่าวมีจุดสังเกตที่น่าสนใจของระบบของประเทศไทยหลายประการ ได้แก่

1. การเริ่มต้นและพัฒนากการดูแลแบบประคับประคองจะพบบทบาทที่โดดเด่นที่สุดอยู่ที่พยาบาล โดยบทบาทของแพทย์ และวิชาชีพอื่นๆ จะได้รับการพัฒนาตามมา โดยเฉพาะแพทย์ที่จบการศึกษามานานแล้วที่อาจมองไม่เห็นบทบาทและการมีส่วนร่วมของตนเองในการดูแลรักษาในรูปแบบนี้
2. แม้ว่าในทางทฤษฎีของการดูแลแบบประคับประคองจะแนะนำให้เริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่เป็นระยะท้าย และเพิ่มน้ำหนักขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปตามการพัฒนาของโรค (ดังภาพที่ 1.1) อย่างไรก็ตามการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของรัฐมักเริ่มต้นในผู้ป่วยในในช่วงของการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือในวาระสุดท้ายเป็นส่วนมาก ส่งผลให้ทีมดูแลผู้ป่วยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยไม่นานนัก (เพียง 1-2 สัปดาห์)
3. อุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง คือการชะลอหรือไม่ให้การวินิจฉัยของแพทย์ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย และส่งปรึกษาทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองล่าช้า ทั้งนี้สมมติฐานของสาเหตุของอุปสรรคดังกล่าวมีหลายประการ แต่ประเด็นที่มักได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ ความเชื่อที่ว่าแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งมั่นรักษาโรคให้หายและมักมองว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่ใช่การรักษาแต่เป็นการยุติการรักษา หรือเท่ากับ “ยอมแพ้”
4. ทิศทางนโยบายของการพัฒนากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะมุ่งเน้นการดูแลที่บ้าน หรือในชุมชนมากกว่าภายในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่น แม้ว่าจะมีความริเริ่มจำนวนหนึ่งที่จะพัฒนาการบริการในรูปแบบการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในสถานพยาบาล ทั้งที่อยู่ในรูปหอผู้ป่วยที่แยกออกมาโดยเฉพาะ หรือเป็นสถานพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาในด้านนี้เป็นการเจาะจง
5. ยังไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบหลักเกณฑ์ ที่ระบุเกี่ยวกับลักษณะของการจัดบริการของสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน ทั้งนี้มีข้อมูลจากบุคลากรของรัฐในพื้นที่หลายจังหวัดพบว่า เริ่มมีผู้ประกอบการภาคเอกชนจัดให้มีบริการด้านนี้ในเชิงธุรกิจในรูปแบบสถานพยาบาล สถานพักฟื้น บ้านพักคนชรา หรือแฝงในโรงเรียนบริบาลที่ฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย10บ้างแล้ว

3.3) รูปแบบที่พบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย

การเยี่ยมชมสำรวจพื้นที่ 12 เขตบริการ การสนทนากับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ตรงในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ.2559–2560 รวมถึงการเข้าไปศึกษาเชิงลึกในรูปแบบกรณีศึกษาในสถานพยาบาลหลายแห่งที่มีการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยมีทั้งที่เป็นบริการผู้ป่วยใน (Inpatient care), บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient care) และบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) กระนั้น พบว่าการจัดบริการเหล่านี้ในประเทศไทยแม้จะแตกต่างกันในเชิงรูปแบบ แต่จะพยายามมุ่งเน้นหลักการ 6 เรื่อง ที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่

1. การให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยการเรียนรู้ผ่านการฝึกอบรม แนวทางเวชปฏิบัติ และมาตรฐานทางการพยาบาลต่างๆ ที่มีการเผยแพร่จากสถาบันต่างๆ ที่อ้างอิงได้
2. การเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แม้ในทางปฏิบัติอาจมีความท้าทายบ้างในบางกรณีในเรื่องการยอมรับความจริงของผู้ป่วย ตลอดจนสมดุลระหว่างการปฏิบัติตามการตัดสินใจของผู้ป่วยและการตัดสินใจของญาติเจ้าของไข้
3. การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่อาจให้การดูแลร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้เดิมที่รักษาโรคของผู้ป่วย หรือทดแทนแพทย์เจ้าของไข้เดิม โดยกระบวนการส่งปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วย มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ที่รอบด้านและมุ่งเน้นทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มากกว่าการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงก่อนหน้านี้
4. บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นญาติ คนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทมิตรสหาย ซึ่งอาจมีส่วนมากในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน และลดทอนลงไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในสถานพยาบาล
5. การจัดสถานที่เพื่อการดูแลผู้ป่วย ให้มีสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เอื้อต่อความรู้สึกที่สบาย คล้ายบ้าน มีความสงบ เป็นส่วนตัว ทั้งนี้ในทางปฏิบัติ วัฒนธรรมของการดำเนินการในด้านนี้มักขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของสถานพยาบาล และบ้านของผู้ป่วย
6. ความมุ่งหมายในการดูแลรักษาจะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสุขของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เห็นได้จากแนวปฏิบัติในการควบคุมอาการปวดและอื่นๆ การจัดกิจกรรม รวมถึงการมีเครื่องมือติดตามประเมินผลการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุปได้ว่า นิยามของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย อาจมีความคาบเกี่ยวและซ้อนทับกับการให้บริการหรือการดูแลรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ ดังเช่นที่ในต่างประเทศที่พบว่าให้นิยามและองค์ประกอบของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายนี้มีความแตกต่างกันไปตามพัฒนาการและช่วงเวลาที่ผ่านมา นอกจากนี้มิติทางสังคมและวัฒนธรรมตลอดจนระบบการดูแลสุขภาพของแต่ละประเทศยังเข้ามาส่งผลอย่างมากในทางปฏิบัติ และมีข้อพึงสังเกตว่าความสับสนเกี่ยวกับความเข้าใจต่อการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายว่าคืออะไรนั้น อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากความซ้อนทับของเนื้อหาของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายกับงานหรือบริการที่มีการดำเนินการอยู่เดิมในสถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะในระบบของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความริเริ่มการจัดบริการต่างๆ ลงไปสู่พื้นที่ในกรอบคิดและวิธีการที่แตกต่างกันไปในแต่ละยุค เช่น การดูแลรักษาโรคระยะเฉียบพลัน (Acute care), การดูแลรักษาโรค

เรื้อรัง (Chronic care), การดูแลระยะยาว (Long-term care), การดูแลที่บ้าน (Home health care) หรือ แม้แต่การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

ดังนั้น ความพยายามในการให้นิยามของการจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย หรือ Hospice care จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมต่อการนำสู่การใช้ประโยชน์เพื่อการจัดการระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นสำคัญ ไม่ได้มุ่งหวังเพื่อใช้ทดแทนคำเรียกของการดูแลรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ สำหรับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งหากเห็นว่าคำเรียกการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย มีความชัดเจนเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ประการใด ทางผู้เขียนขอให้อยู่กับวิถรณ์ญาณของแต่ละท่าน

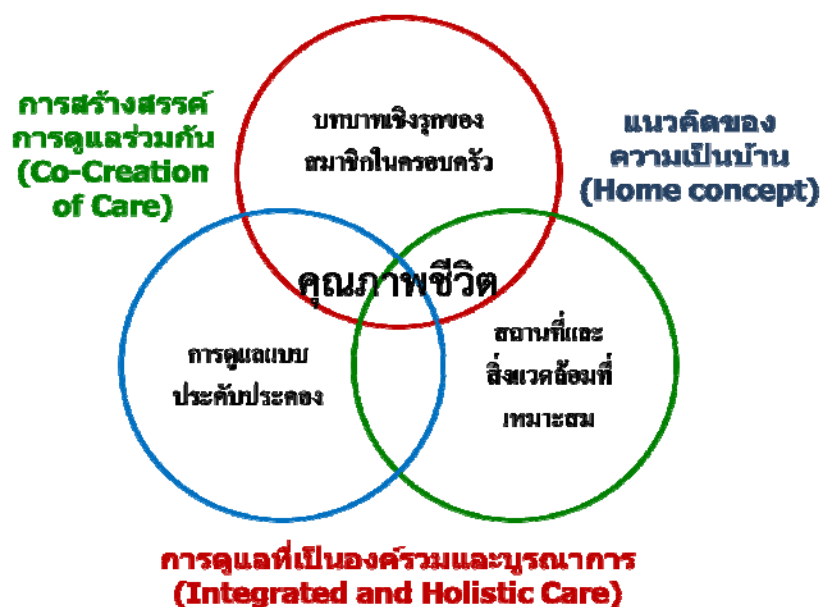
บทที่ 2

กรอบแนวคิดและองค์ประกอบของการจัดบริการ การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

หลักการและแนวคิดของการจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายมีจุดมุ่งหมายหลักของการบริหาร ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิดของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อบรรลุถึงจุดมุ่งหมายดังกล่าวในบริบทของระบบการดูแลสุขภาพของไทย การจัดการบริการควรยึดถือหลักการหรือแนวคิดที่สำคัญของการออกแบบการบริการ 6 เรื่อง ดังแสดงเป็นกรอบแนวคิดตามภาพที่ 2.1 ดังนี้

ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในบริบทของระบบการดูแลสุขภาพของไทย



1. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลรักษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการทางกาย และยกระดับสุขภาพใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยทีมบริบาลสุขภาพที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ การดูแลดังกล่าวต้องการเวลาที่จะเพียงพอในการให้การบริบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งในหลักการอาจพิจารณาจุดเริ่มต้นได้ตั้งแต่การแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคในระยะที่คุกคามต่อชีวิตแล้ว แต่ส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลแบบประคับประคองเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย

2. บทบาทเชิงรุกของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมิตรของผู้ป่วย (คนที่ผู้ป่วยรักและรักผู้ป่วย) ที่จะเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)

การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการในต่างประเทศที่พบว่ารูปแบบหลักของการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายมีแนวโน้มมุ่งสู่การดูแลที่บ้านหรือในชุมชน ร่วมกับสิ่งที่ค้นพบและรวบรวมจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนการศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาความปรารถนาและวิถีชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในบริบทของสังคมไทย บ่งชี้ตรงกันว่าสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมิตรที่ผู้ป่วยรักและรักผู้ป่วยจะต้องมีส่วนสำคัญยิ่งในการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ซึ่งโอกาสที่เหมาะสมสมาชิกผู้ใกล้ชิดในครอบครัวอาจเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วย และในบทบาทที่ผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมักมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ตั้งแต่การประเมินและร่วมตัดสินใจในแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย การให้การดูแล และการติดตามประเมินผล⁶ โดยบทบาทดังกล่าวควรจะมากขึ้นและเข้ามาทดแทนบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไป และเมื่อใกล้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้จะจากไป ในขณะที่ทีมสหสาขาวิชาชีพควรปรับบทบาทตนเองไปสู่ผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือยามจำเป็นมากขึ้น

3. การให้ความสำคัญต่อการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแล สอดคล้องตามประสงค์ของผู้ป่วย (Caring environment)

หากผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่สามารถตัดสินใจเลือกได้ ประเด็นเรื่องสถานที่มักเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน ในสถานพยาบาล หรือสถานที่อื่นใด แต่ประเด็นความเหมาะสมที่มักได้รับการกล่าวถึงในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความจำเป็น ได้แก่ ความสะอาด, ความสบายกาย, ความสบายตา, ความสงบ และความเป็นส่วนตัว นอกเหนือจากนั้นอาจเป็นเรื่องการมีพื้นที่ในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและญาติมิตร เป็นต้น

⁶ National Hospice and Palliative Care Organization. (2015)

4. การสร้างสรรค์การดูแลร่วมกัน (Co-creation of care)

การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายมีความเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากต้องอาศัยการวางแผนการบริหารล่วงหน้าร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัวใกล้ชิด ว่าได้เลือกแสดงความมุ่งหมายการเสียชีวิตตามธรรมชาติ มุ่งสร้างเสริมคุณภาพชีวิตระยะท้าย ตลอดจนรับรู้ถึงความปรารถนาในระยะท้ายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยครอบครัวใกล้ชิดและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยได้มีโอกาสดูแลการดูแลรักษา ร่วมกัน ว่าแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละระยะจะเป็นอย่างไร จะตอบสนองต่อความปรารถนาในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้อย่างไร ตลอดจนในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเหตุวิกฤติกับผู้ป่วยจะดำเนินการอย่างไร

5. การดูแลที่เป็นองค์รวมและบูรณาการ (Integrated and holistic care)

ความหมายของการดูแลที่เป็นองค์รวมสะท้อนการเป็นองค์รวมรอบด้าน ทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่เป็นผลเกิดจากการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวใกล้ชิดของผู้ป่วย ร่วมกับทีมบริหารสุขภาพที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของสถานพยาบาลและเครือข่าย

6. แนวคิดของความเป็นบ้าน (Home concept) แนวคิดของความเป็นบ้านในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าถึงบ้านในความเป็นสถานที่ทางกายภาพที่ต้องเป็นบ้านของผู้ป่วย แต่หมายถึงการจัดการเชิงความสัมพันธ์โดยผสมผสานสิ่งแวดล้อมและคนในครอบครัวหรือญาติมิตรของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน

องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ประกอบด้วยระบบงานหลัก 3 ส่วน ได้แก่ กระบวนการหลักของการบริหาร, กระบวนการสนับสนุนการจัดบริการ และกระบวนการบริหารจัดการ

1. ระบบงานกระบวนการหลักของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

ประสบการณ์ของการจัดการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในต่างประเทศ^{7,8} ร่วมกับข้อมูลที่ได้รับจากทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ร่วมกับการศึกษาโดยการเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ 12 เขตบริการ และกรณีศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงกระบวนการหลักที่สำคัญของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในประเทศไทยซึ่งมีความเฉพาะตัว ซึ่งควรมีองค์ประกอบที่สำคัญและประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาในแต่ละเรื่องดังนี้

1.1.การเข้าถึงบริการ (Patient access)

- 1.1.1. การได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้าย
- 1.1.2. การค้นหา เข้าถึงและส่งต่อผู้ป่วย
- 1.1.3. การระบุตัว และการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย
- 1.1.4. การจัดลำดับความสำคัญเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 1.1.5. การประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล
- 1.1.6. การสื่อสารเบื้องต้นกับผู้ป่วยและครอบครัว

1.2.การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย (Patient assessment)

- 1.2.1. การประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริงในการวางแผนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมโรคพื้นฐานต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่
- 1.2.2. การประเมินผู้ป่วยดำเนินการภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และเวลาที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไม่จำเป็นต้องประเมินทุกด้านหรือทุกเรื่องในเวลาเดียวกันก็ได้ และผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม
- 1.2.3. การประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความซ้ำซ้อน
- 1.2.4. การประเมินผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอบด้าน ครบถ้วน น่าเชื่อถือและเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวที่แตกต่างกันครอบคลุม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเครียด ความกังวล ความสามารถ

⁷ American Cancer Society. Available from www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002868-pdf.pdf [2016, September 30th]

⁸ Lee CY., et al. (2010)

- ในการตัดสินใจและจัดการปัญหา สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัว ประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคมที่อาจเกี่ยวข้อง ตลอดจนความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย
- 1.2.5. การประเมินครอบครัวกลุ่มลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยโดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลรักษาที่บ้าน
 - 1.2.6. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการสูญเสีย
 - 1.2.7. การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกและหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม และนำเชื่อถือในทางวิชาการ
 - 1.2.8. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่ออธิบายผลการประเมินด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

1.3.การวางแผนการดูแล (Care planning)

- 1.3.1. การวางแผนการดูแลเป็นแบบองค์รวม และประสานกันระหว่างวิชาชีพ หรือผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.3.2. การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล เช่น การจัดประชุมร่วมกับครอบครัว (Family meetings) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ตัดสินใจเลือกและทบทวนการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย
- 1.3.3. แผนการดูแลครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุได้ด้านต่างๆ อย่างครอบคลุม และการใช้หลักฐานทางวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมประกอบการวางแผนการดูแล และครอบคลุมการวางแผนเพื่อเตรียมรับมือต่อการสูญเสียผู้ป่วย
- 1.3.4. ในกรณีผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล ให้มีการวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนการเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ
- 1.3.5. การสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ
- 1.3.6. การทบทวนแผนการดูแลเป็นระยะ เมื่อเวลาหรือสถานะของผู้ป่วยเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญ

1.4.การให้การดูแล (Care of patients)

- 1.4.1. การให้การดูแล ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยในในสถานพยาบาล (inpatient care) การดูแลแบบผู้ป่วยนอก (outpatient care) และการให้การดูแลที่บ้านหรือที่พักในชุมชน (home health care)
- 1.4.2. การควบคุมความเจ็บป่วย และอาการของโรคอื่นๆ ที่อาจบั่นทอนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Pain and symptom control) ซึ่งมักเป็นองค์ประกอบที่มีการกล่าวมากที่สุด
- 1.4.3. การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนาหรือความศรัทธาที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วย

- 1.4.4. การเฝ้าระวังและจัดการกับภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล และพักอาศัยอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน
- 1.4.5. การดูแลเฉพาะ เช่น อาหารและโภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลในระยะสุดท้าย
- 1.4.6. การส่งเสริมและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.4.7. การสื่อสารภายในทีม การประสานบริการ (Coordination of care) ระหว่างการดูแลต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย แต่ต้องใช้ทีมหรือผู้ประกอบวิชาชีพหลากหลายสาขาร่วมกัน
- 1.4.8. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทันเวลาและปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อรับการดูแลที่บ้าน
- 1.4.9. การจัดการและบริหารยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือเพื่อรองรับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.4.10. การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการศพ และเอกสารภายหลังการสูญเสีย

1.5.การสื่อสารและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Communication and empowerment)

- 1.5.1. การสื่อสารความจริง และการวางแผนร่วมกัน รวมถึงการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการทำประชุมครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อวางแผนล่วงหน้าก่อนป่วยหนัก (Advance care plan)
- 1.5.2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์ผสมผสาน
- 1.5.3. การสื่อสารและเสริมพลังเพื่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อเตรียมจำหน่าย ครอบคลุมการจัดการในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อน และภาวะวิกฤติต่างๆ
- 1.5.4. การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องในกรณีส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน
- 1.5.5. การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล
- 1.5.6. การให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย หนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตรตามธรรมชาติและอื่นๆ ตามความจำเป็น

1.6.การบันทึกข้อมูลเวชระเบียน (Patient record) ความท้าทายที่สำคัญในบริบทของระบบบริการสุขภาพของไทย คือการระบุข้อมูลที่จำเป็นที่ต้องใช้กรณีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ และต่างพื้นที่ ร่วมกับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและแผนการดูแลรักษาที่สำคัญในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉินหรือเมื่อมีเหตุวิกฤติ

1.7.การจำหน่ายผู้ป่วยและดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)

- 1.7.1. การให้การดูแลที่บ้าน (Home care) เป็นการจัดการบริการไปเยี่ยมและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดการบริการจะเป็นไปตามแผนการดูแลซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละรายของผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.7.2. การให้การดูแลทดแทนผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของครอบครัวเป็นการชั่วคราว (Respite care) ซึ่งมีการจัดให้กับครอบครัวของผู้ป่วย ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ได้มีโอกาสหยุดพักผ่อนคลายจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในระยะสั้นๆ เพื่อคลายความเครียดหรือไปปฏิบัติกิจวัตรอื่นๆ ซึ่งอาจมีระยะเวลาประมาณ 1-5 วัน
- 1.7.3. การให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวภายหลังการสูญเสียหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement care) ทั้งนี้ระยะเวลาที่มีการให้คำปรึกษาอาจยืดไปถึง 1 ปีในบางประเทศ

2. ระบบงานกระบวนการสนับสนุนการจัดการบริการ

- 2.1. การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งแวดล้อมที่ใช้เพื่อการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย เป็นส่วนตัวและความผาสุกของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและอาสาสมัคร รวมถึงความเหมาะสมของการจัดการกับวัสดุหรือของเสียอันตราย
- 2.2. ระบบเครื่องมือแพทย์ ที่สร้างความมั่นใจว่าสถานพยาบาลมีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย ทั้งในสถานพยาบาล และที่บ้านหรือในชุมชน รวมถึงสอดคล้องกับบริบทของสถานที่ เช่น ในพื้นที่ชนบทห่างไกล เครื่องผลิตออกซิเจนอาจมีความจำเป็นสูงกว่าออกซิเจนถัง ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกกว่าในการบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทาน เป็นต้น
- 2.3. ระบบยาและเวชภัณฑ์ ที่สร้างความมั่นใจว่าสถานพยาบาลมียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย เป็นไปตามข้อกำหนดตามกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งในสถานพยาบาล และที่บ้านหรือในชุมชน
- 2.4. การดำเนินงานร่วมกับชุมชน ที่ต้องสร้างความยอมรับและการมีส่วนร่วมขององค์กรหลักในชุมชน และสมาชิกในชุมชนต่อการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ทั้งในกรณีการดูแลในสถานพยาบาล และการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน

3. ระบบงานกระบวนการบริหารจัดการ

3.1.การบริหารจัดการองค์กรสถานพยาบาล

- 3.1.1. การนำองค์กรและการวางแผนงาน ซึ่งต้องการความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การทบทวนข้อมูลสถานการณ์ และวางแผนสนับสนุนตลอดจนพัฒนางานการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายอย่างเพียงพอ
- 3.1.2. การมุ่งเน้น รับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน ครอบคลุมถึงแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุขหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด
- 3.1.3. การจัดการสิทธิของผู้ป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดโดยเคารพถึงสิทธิและความเป็นส่วนตัว
- 3.1.4. การวัด วิเคราะห์ ปรับปรุงคุณภาพ และบริหารความเสี่ยง เพื่อสร้างความมั่นใจว่าการบริหารผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย โดยผู้ป่วย ผู้ดูแลหรืออาสาสมัครมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม
- 3.1.5. การมุ่งเน้นบุคลากรและอาสาสมัคร ครอบคลุมการประเมินและสร้างความผูกพัน การดูแลความเพียงพอของขีดความสามารถ อัตรากำลังและภาระ บรรยากาศในการทำงาน สุขภาพและการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างผลงานที่ดี
- 3.1.6. การจัดการกระบวนการ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนดทางวิชาชีพ ผลสำเร็จขององค์กร และตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

3.2.การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

- 3.2.1. นโยบายและกลไกซึ่งนำการพัฒนาเชิงระบบ
ข้อมูลการศึกษาโดยการเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ 12 เขตบริการ พบว่า การขึ้นนโยบายมีนัยอย่างยิ่งต่อความสำคัญของการพัฒนาการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในประเทศไทย เห็นได้จากความก้าวหน้าและการขยายตัวของงานด้านการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นไปอย่างรวดเร็วหลังจากกระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการงานด้านนี้ไว้เป็นหนึ่งใน “Service plan” สาขาที่ 14 ของกระทรวงฯตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 อย่างไรก็ตาม การศึกษาในพื้นที่ดังกล่าวยังพบว่า ความก้าวหน้าของการพัฒนาของงานด้านนี้ในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างหลากหลาย ขึ้นกับการให้ความสนใจและความรู้ความเข้าใจของทีมงาน รวมถึงความพร้อมของสถานพยาบาลตลอดจนการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายด้วย บทบาทของนโยบายและกลไกซึ่งนำการพัฒนา

3.2.2. กฎหมายและการกำกับดูแล

การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย มีแง่มุมของการจัดบริการหลายด้านที่อาจยังไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย หรือจำเป็นต้องมีการปรับปรุงกฎหมายในระดับต่างๆ หรือการทำความเข้าใจกับผู้บังคับใช้กฎหมายและกำกับดูแลระบบ ให้มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวที่จะรองรับการจัดบริการ โดยเฉพาะที่ต้องมีการดำเนินการที่บ้าน หรือในชุมชน โดยเฉพาะในประเด็นการใช้จ่ายบรรเทาอาการปวดในกลุ่มมอร์ฟิน และการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วย

3.2.3. สิทธิประโยชน์ และกลไกการชดเชยค่าดูแลรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ

ประสบการณ์จากต่างประเทศเกี่ยวกับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย เช่น ในประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี พบว่าการกำหนดการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายไว้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลอย่างมากต่อการขยายตัวและการเข้าถึงบริการในส่วนที่เข้าไปอยู่ในสิทธิประโยชน์ สำหรับประเทศไทย ประเด็นที่อาจต้องนำมาพิจารณามีหลายองค์ประกอบประการ ว่าจะเป็นสิทธิประโยชน์หรือไม่ และกลไกการชดเชยค่าดูแลรักษาพยาบาลควรใช้วิธีการอย่างไร และอัตราเท่าใด เช่น

- (1) การบริหารแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลที่มีแยกหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยเพื่อการบริหารคุณภาพชีวิตระยะท้ายโดยเฉพาะ
- (2) การบริหารในสถานบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่แยกการบริการออกจากโรงพยาบาลโดยอิสระ
- (3) การบริหารแบบผู้ป่วยนอกในลักษณะเข้าไปเย็นกลับ (Day-care)
- (4) การบริหารแบบการดูแลที่บ้านในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
- (5) การบริหารแบบที่ผู้ป่วยพักในสถานที่พักในชุมชนที่ไม่บ้านของตนเองในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งอาจต้องเป็นค่าที่พักในชุมชนนั้น

3.2.4. ทรัพยากรบุคคล

บุคลากรที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความเฉพาะตัวที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะความเชี่ยวชาญ และทัศนคติที่เหมาะสม บุคลากรบางกลุ่มอาจต้องปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลา ในขณะที่บางกลุ่มสามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นช่วงเวลา หรือรับปรึกษาเป็นรายกรณีได้ ซึ่งอาจกำหนดไว้ดังตัวอย่างจากการประเมินเบื้องต้นตามภาพที่ 2.2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างการจัดองค์ประกอบของทรัพยากรบุคคลเพื่อการบริหารคุณภาพชีวิตระยะท้าย

	ระดับของความเชี่ยวชาญในบทบาทที่ตนเองต้องรับผิดชอบ		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
	ความรู้ทั่วไป เพียงพอที่จะเข้าใจ และมีส่วนร่วมสนับสนุนการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย	มีความชำนาญเพื่อการปฏิบัติงาน ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยทั่วไป	มีความเชี่ยวชาญ เป็นที่ปรึกษาหรือดูแลรายที่มีความซับซ้อน
แพทย์	แพทย์สาขาอื่นๆ	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว วิสัญญีแพทย์	แพทย์เฉพาะทางด้าน Palliative care
พยาบาล	พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั่วไป	พยาบาลประจำศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	พยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
วิชาชีพอื่น ที่ต้องเข้าร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ	นักโภชนาการ, นักกายภาพบำบัด ฯลฯ	เภสัชกร, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์, ผู้ช่วยพยาบาล, ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ฯลฯ	นักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ
ผู้ดูแลผู้ป่วย	อาสาสมัครหรือกลุ่มจิตอาสาทั่วไปของโรงพยาบาล	ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบทำเป็นอาชีพหรือผู้ใกล้ชิดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง	ผู้ปฏิบัติหน้าที่พี่เลี้ยงอาสาสมัครในรูปแบบ Self-help group (อาจพิจารณาเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยบางท่านอบรมเพิ่มเติม)

บทที่ 3

รูปแบบการจัดบริการและการเข้าถึงการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย

รูปแบบการจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care)

ประสบการณ์จากการจัดบริการในรูปแบบ Hospice ในประเทศต่างๆ^{9,10,11} และการศึกษาในประเทศไทย ทำให้สามารถประมวลรูปแบบของการจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายได้ทั้งสิ้น 10 รูปแบบ ซึ่งอาจจัดในรูปขององค์กรสถานพยาบาลแยกต่างหากเป็นอิสระ หรือบูรณาการอยู่ในสถานพยาบาล สำหรับการดูแลแบบอื่นๆ หรือในสถานพยาบาลหนึ่งๆอาจมีการจัดบริการในหลายรูปแบบ หรือดำเนินการร่วมกันกับองค์กรอื่นในลักษณะเครือข่ายได้ และสามารถให้การดูแลรักษาได้ทั้งในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

1. การจัดบริการในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลแบบประคับประคองแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลโดยไม่มีการจัดเตียงผู้ป่วยในไว้เป็นการเฉพาะ (Hospital-based interdisciplinary hospice-care or palliative-care team without a designated hospice area) เป็นการจัดการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายโดยใช้ทีมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care team) ซึ่งเป็นการรับปรึกษาเมื่อแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยส่งปรึกษา ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะเข้าไปมีส่วนร่วมดูแล ผู้ป่วยยังคงนอนพักอยู่ในหอผู้ป่วยในหรือหอผู้ป่วยวิกฤติเหมือนผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่มีการจัดสถานที่เป็นหอผู้ป่วยระยะท้ายหรือหอผู้ป่วยประคับประคองไว้เป็นการเฉพาะ ซึ่งในโรงพยาบาลของรัฐโดยมากมักเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในบางกรณีมีการส่งปรึกษาผู้ป่วยเด็กรวมอยู่ด้วย ทั้งนี้ในโรงพยาบาลที่มีพัฒนาการของการจัดบริการเป็นระบบที่ชัดเจนแล้วมักมีการจะจัดตั้ง “ศูนย์...” เพื่อเป็นหน่วยงานกลางของการจัดบริการในลักษณะนี้ ซึ่งอาจใช้ชื่อเรียกต่างๆ กันไป
2. การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบผู้ป่วยใน ที่เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่มีการแยกเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้เป็นมุมเฉพาะหรือห้องแยกโดยเฉพาะ (Inpatient hospice corner or hospice room) การจัดบริการรูปแบบนี้คล้ายกับแบบที่หนึ่ง แต่โรงพยาบาลอาจมีการจัดสรรพื้นที่ในหอผู้ป่วยรวมทั่วไปเพื่อเป็น Hospice bed โดยเฉพาะ 2-3 เตียง ซึ่งมีจัดไว้เป็นมุมต่างหากที่มีความเป็นส่วนตัวและความเงียบมากกว่าพื้นที่ส่วนอื่นๆ ทั้งนี้อาจมีการเรียกชื่อพื้นที่ดังกล่าวเป็นการเฉพาะ เช่น มุมอ่อนรัก เป็นต้น ในขณะที่บางโรงพยาบาลมีการปรับใช้ห้องพักเดี่ยวเพื่อรองรับ

⁹ Chapman KY. And Bass L. (2000)

¹⁰ Lee CY., et al. (2010)

¹¹ Winslow M. and Meldrum M. (2013)

ผู้ป่วยระยะท้ายตามความจำเป็น แนวทางในรูปแบบหลังนี้อาจจัดไว้เป็นครั้งคราวหรือเป็นการชั่วคราว หากโรงพยาบาลไม่ได้มีผู้ป่วยจำนวนมากหรือไม่ได้รับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง

3. **หอผู้ป่วยในสำหรับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice ward in a hospital)** เป็นการ จัดบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของระบบผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยจัดแยกเป็นหอ ผู้ป่วยในต่างหากเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการเฉพาะเพื่อดูแล เพื่อให้สามารถบริหารจัดการบริการ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การดูแลรูปแบบนี้อาจเป็นหอผู้ป่วยแบบ นอนรวม หรือเป็นห้องเดี่ยวก็ได้ การจัดพื้นที่ไว้เป็นการเฉพาะมักเอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลสามารถจัด สิ่งแวดล้อมให้เกิดความแตกต่างกับหอผู้ป่วยในสำหรับการรักษาผู้ป่วยระยะเฉียบพลันหรือเรื้อรังโดยทั่วไป ได้ และสามารถมีพื้นที่สำหรับรองรับกิจกรรมเพื่อยกระดับสุขภาพจิต สังคมและจิตวิญญาณได้ดี เช่น ห้องกิจกรรม ห้องสวนมนต์ หรือห้องนั่งเล่นอ่านหนังสือ เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทย หอผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมี ชื่อเรียกต่างๆ กันไปในแต่ละโรงพยาบาล เช่น หออภิบาลคุณภาพชีวิต (Quality of life care unit, QCU) หรือใช้ชื่อเฉพาะอื่นๆ ที่มักให้สะท้อนความรู้สึกอบอุ่นและเอื้ออาทรต่อกัน เป็นต้น และมักมี จุดมุ่งหมายเพื่อเป็นหอผู้ป่วยสำหรับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนให้กลับบ้าน มากกว่าเพื่อ เป็นสถานที่ที่รองรับให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในสถานพยาบาล
4. **การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยหรือหอพักฟื้นในสถานพยาบาล สำหรับการดูแลระยะยาว (Hospice bed in a long-term care facility)** การบริหารเพื่อคุณภาพ ชีวิตระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของสถานพยาบาลสำหรับการพักฟื้นหรือการดูแลระยะยาว ซึ่งจะมีกิจกรรม ด้านการรักษาพยาบาลอยู่ด้วยแต่ไม่เข้มข้นเหมือนในโรงพยาบาลที่ออกแบบมาสำหรับการรักษาผู้ป่วย ระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้อาจมีจัดแยกเป็นหอผู้ป่วยเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อสามารถ บริหารจัดการบริการและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อกำหนดในระบบประกัน สุขภาพของแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตาม การดูแลรักษาในสถานพยาบาลรูปแบบนี้ในประเทศไทย ยังไม่ พบเห็นเป็นรูปแบบชัดเจน ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการไม่ได้จำแนกประเภทของโรงพยาบาลและไม่มีการ ส่งเสริมการสร้างสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน ทำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยดูแล รักษาผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาวรวมกันอยู่
5. **การบริหารระยะท้ายแบบพักพิงชั่วคราว (Respite care)** การจัดบริการในรูปแบบการบริหารระยะ ท้ายแบบพักพิงชั่วคราวเป็นการจัดบริการผู้ป่วยในเพื่อรับดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทดแทนการดูแลรักษาที่บ้าน ของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำเป็นต้องเว้นการปฏิบัติภารกิจชั่วคราว เนื่องจากต้องไปปฏิบัติ ภารกิจส่วนตัวในเรื่องอื่น หรือต้องการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียดซึ่งอาจเกิดขึ้นและสะสมอยู่ใน ระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง การบริหารระยะท้ายแบบพักพิงชั่วคราวมักให้การดูแลผู้ป่วย เป็นช่วงเวลาระยะสั้นๆ 1-5 วัน หลังจากนั้นจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและ ญาติมิตรอันเป็นที่รักต่อไป

6. **สถานบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่เป็นสถานพยาบาลอิสระที่มีเตียงผู้ป่วยใน (Free-standing in-patient hospice)** รูปแบบการให้บริการลักษณะนี้จะเป็นสถานพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยในเพื่อการจัดการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ โดยอาจจัดบริการในลักษณะเพื่อการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยในกลับบ้านโดยรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาล หรือเป็นการให้การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิตในสถานบริบาล ซึ่งทำให้การจัดบริการในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีระบบงานและบริการสนับสนุนที่ครบวงจร เพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการบริการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การดำรงอยู่ของสถานบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายมักเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล เพื่ออาศัยแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์หรือทรัพยากรอื่นบางส่วนร่วมกัน
ทั้งนี้รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่พบได้ในต่างประเทศหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร แต่มีแนวโน้มที่มีส่วนแบ่งตลาดลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูง และมักมีจำนวนไม่เพียงพอรองรับความต้องการของประชาชน และยังไม่ใช้รูปแบบที่แพร่หลายในประเทศไทย
7. **การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในระบบบริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล (Out-patient hospice care)** การจัดการบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย สามารถดำเนินการส่วนหนึ่งเป็นการให้การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยและ/หรือญาติมิตรผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยจะกลับไปพักอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน และจะมารับการดูแลรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่น เพื่อติดตามประเมินอาการ รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาต่อเนื่อง เช่น การรับยาเพื่อบรรเทาอาการ เป็นต้น ทั้งนี้การจัดการบริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก พบได้ 3 ทางเลือก ขึ้นกับความพร้อมและจำนวนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลดูแล คือ
 - 7.1. บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับบริการผู้ป่วยนอกโดยทั่วไป (General OPD) เพียงแต่อาจมีการนัดหมายมาพบแพทย์ผู้ดูแลในวันเวลาที่ตกลงกันได้
 - 7.2. บริการคลินิกเจ็บปวด (Pain clinic) เป็นการจัดการบริการร่วมไปกับคลินิกเจ็บปวด ซึ่งมักดูแลโดยวิสัญญีแพทย์ เนื่องจากจะมีการนัดผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่วนใหญ่มักต้องการยาบรรเทาปวดเพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจไม่ได้เดินทางมารับยาเอง แต่ให้ญาติผู้ดูแลที่ผู้เดินทางมาพบแพทย์
 - 7.3. บริการคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative-care clinic) เป็นการจัดการบริการโดยทีม Palliative care ของโรงพยาบาลเต็มรูปแบบ มีสถานที่จัดไว้ให้โดยเฉพาะ อาจอยู่ใกล้กับคลินิกของคลินิกศัลยกรรม อายุรกรรม หรือคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมักมีการกำหนดเวลาสำหรับการบริการ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละครึ่งวัน แต่ครั้งอาจมีจำนวนผู้ป่วยรับบริการ 10-15 ราย

8. การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบดูแลเป็นรายวันในช่วงกลางวันหรือเป็นการรับดูแลในโรงพยาบาลแบบเข้าไปเฝ้ากลับ (In-hospital day-care hospice) เป็นหน่วยบริการเฉพาะทางแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพื่อรับช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระหว่างเวลาช่วงกลางวัน ให้การดูแลรักษาทั่วไปร่วมกับการมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยกลับไปนอนพักค้างแรมที่บ้านในช่วงกลางคืน ทั้งนี้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจมีภารกิจหรือต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน ไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยก็ได้ และผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมารับบริการทุกวัน
- อย่างไรก็ตาม การศึกษาเบื้องต้นพบว่า การจัดบริการรูปแบบนี้อาจจำกัดอยู่เฉพาะสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อม และในพื้นที่ที่การเดินทางสะดวก ครอบครัวของผู้ป่วยมีศักยภาพเพียงพอที่เดินทางไปรับส่งผู้ป่วยได้ระหว่างบ้านและสถานพยาบาล เช่น พื้นที่เขตเมือง เป็นต้น

9. การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านของผู้ป่วย (Home-based hospice) การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านของผู้ป่วย เป็นรูปแบบการดูแลรักษาที่ให้ผู้ป่วยพักอยู่บ้านโดยมีผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นญาติมิตรที่ใกล้ชิดผู้ป่วย อาสาสมัครหรือผู้ดูแลที่ทำหน้าที่นี้เป็นอาชีพปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือ และให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลรักษาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เช่น การให้ออกซิเจน การทำแผล และการให้ยาบรรเทาอาการปวด โดยสถานพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจะส่งทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาและให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ ซึ่งองค์ประกอบของทีมและช่วงระยะเวลา มักขึ้นกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย และศักยภาพในการจัดบริการของสถานพยาบาล รวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การจัดบริการลักษณะนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย หรือจัดบริการโดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่เป็นการรับดูแลตามการส่งต่อผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายกลับมาจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือเป็นองค์กรสถานพยาบาลอิสระที่จัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านโดยเฉพาะก็ได้ ซึ่งรูปแบบหลังนี้ พบได้ในต่างประเทศหลายประเทศ

ทั้งนี้ การจัดรูปแบบ Hospice เป็นองค์กรที่จัดการดูแลให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านนี้ เป็นรูปแบบที่แพร่หลายมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นรูปแบบที่กำลังขยายตัวมากขึ้นในอีกหลายประเทศที่มีการจัดบริการ Hospice เช่น สหราชอาณาจักร การทบทวนวรรณกรรม โดย Stosz จาก Center for Health Services Studies, University of Kent¹² พบว่า การให้บริการ Hospice ที่บ้านของผู้ป่วย มีได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ Hospice at home ที่เป็นการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาที่ต่อเนื่อง (เช่น 2 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น) และ Rapid response team for Crisis ซึ่งเป็นการให้การดูแลในช่วงวิกฤติของผู้ป่วยในระยะเวลานั้นๆ (48 ชั่วโมงหรือน้อยกว่า)

สำหรับในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินการโดยสถานพยาบาลของรัฐ โดยทีมเวชกรรมสังคม ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว หรือทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมักเริ่มต้นจาก (1) การใช้ทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ต่อมาจะมีลักษณะที่ดำเนินการโดย (2) ทีมพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และจะมีความก้าวหน้าและบูรณาการขึ้นอย่างมากเป็นทีมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care team) เมื่อมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาร่วมทีมหรือเป็นหัวหน้า

¹² Stosz L. (2008)

ทีม และได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมโดยผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นๆ เช่น เภสัชกร จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น แต่ยังคงเป็นไปในรูปแบบการเยี่ยมเป็นครั้งคราว เดือนละ 1-2 ครั้งจนถึงทุกสัปดาห์ ตลอดจนการให้การดูแลผ่านเครือข่ายการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ปรึกษาสายด่วน จนถึง (3) รูปแบบที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดคล้าย “Hospice at home” คือมีการส่งทีมผู้ดูแลไปเยี่ยมบ้านทุกวัน

10. การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในสถานที่พักในชุมชน (Hospice in a community residence) การจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในกลุ่มนี้ จะใกล้เคียงกับการจัดการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่ได้พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองหรือญาติมิตร ผู้ป่วยอาจพักอาศัยอยู่ที่สถานที่พักที่มีผู้อื่นจัดไว้ให้ในชุมชน เช่น วัด มูลนิธิ องค์กรชุมชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรรูปแบบอื่น หรือสถานที่พักเอกชนที่เป็นการประกอบกิจการเพื่อการนี้ เช่น บ้านพักคนชรา หรือผู้ประกอบการสถานพักผ่อนหรือพักผ่อนแบบรีสอร์ท โดยสถานที่เหล่านั้นอาจจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยประจำร่วมด้วยเพื่อดูแลความเป็นอยู่และมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ทั้งนี้ อาจเป็นการชั่วคราวในบางช่วงเวลา หรืออาจเป็นที่พำนักของผู้ป่วยจนเสียชีวิตก็ได้ แต่เนื่องจากสถานที่พักเหล่านี้ไม่ใช่สถานพยาบาล จึงจำเป็นที่จะต้องมีทีมผู้ให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพจากสถานพยาบาลเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยที่พักในสถานที่ที่มีการจัดไว้ในชุมชน ซึ่งไม่ใช่บ้านของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยเช่นเดียวกับการให้การดูแลที่บ้าน

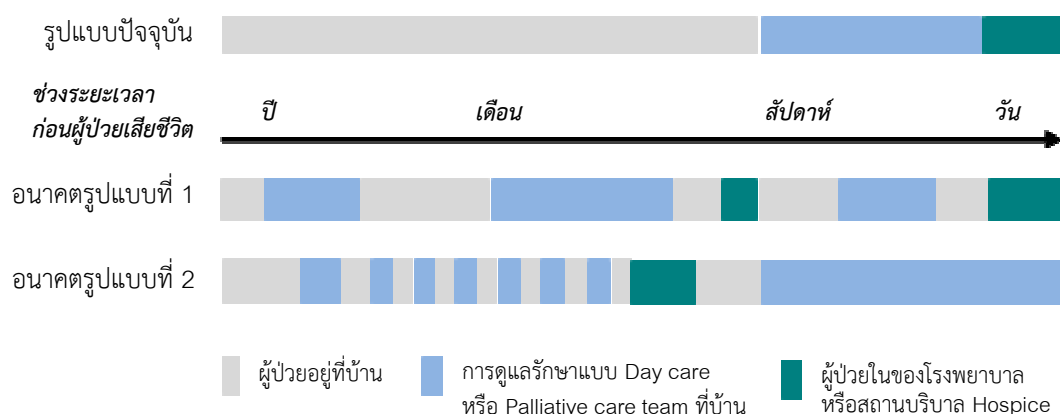
การรวบรวมข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ การศึกษาโดยการเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ 12 เขตบริการและกรณีศึกษาของสถานพยาบาลในประเทศไทย พบว่าสถานพยาบาลต่างๆ มักมีการจัดบริการผสมผสานกันได้มากกว่าหนึ่งรูปแบบ ขึ้นกับความเหมาะสมกับความต้องการในพื้นที่ ภารกิจและศักยภาพของสถานพยาบาล ดังแสดงตามภาพที่ 3.1 ในขณะที่ในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศเดนมาร์ก พบว่าแนวโน้มการให้บริการ Hospice care ในอนาคต จะเป็นรูปแบบที่มีความผสมผสานกันระหว่างการให้บริการในรูปแบบต่างๆ มากกว่าเส้นทางเดียวเหมือนกัน ซึ่งอาจต้องการทั้งการดูแลที่บ้าน การดูแลแบบรายวันช่วงกลางวันหรือเข้าไปเยี่ยมกลับ และการดูแลแบบผู้ป่วยในในสถานพยาบาล ดังภาพที่ 3.2¹³

ภาพที่ 3.1 ตัวอย่างของการผสมผสานรูปแบบของบริการการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของสถานพยาบาลในประเทศไทย

รูปแบบของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย โดยโรงพยาบาล	พัฒนาการของระดับการจัดบริการ				
	ระยะเริ่มต้น	>	>>	>>>	ระยะก้าวหน้า
เตียงในหอผู้ป่วยปกติ	✓	✓			
Hospice corner / private room		✓	✓		
Hospice ward				✓	✓
Respite care				✓	✓
Free-standing Hospice					หรือ ✓
คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป / Pain clinic	✓	✓	✓		
Palliative care clinic			✓	✓	✓
Day-care hospice					✓
การเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านทั่วไป	✓	✓	✓	✓	
การเยี่ยมบ้านโดย Palliative care team			✓	✓	✓
การดูแลที่บ้านแบบ Hospice at home					✓

¹³ SIGNAL architects (2006)

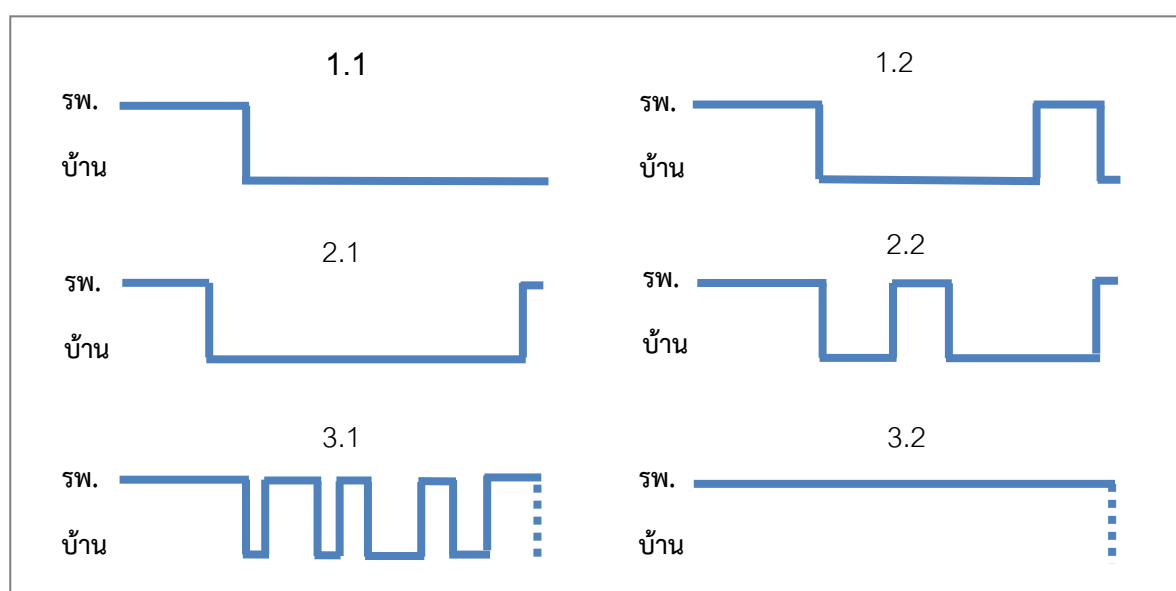
ภาพที่ 3.2 รูปแบบการให้บริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในอนาคต



ที่มา: ดัดแปลงจาก SIGNAL architects (2006). Programme for The Good Hospice in Denmark

การจัดรูปแบบของการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องตอบสนองเส้นทางที่เป็นประสบการณ์ของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งนี้จากการรวบรวมข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลกรณีศึกษาต่างๆ และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ 12 เขตบริการทั่วประเทศทำให้สามารถประมวลรูปแบบของความจำเป็นในการใช้บริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วยได้ 3 กลุ่มกว้างๆ ดังภาพที่ 3.3 ต่อไปนี้

ภาพที่ 3.3 รูปแบบของเส้นทางการรับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้าย จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ



- 0 รูปแบบที่ 1** กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านเป็นหลัก และประสงค์จะเสียชีวิตที่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลที่โรงพยาบาล และได้รับการดูแลที่บ้านโดยตลอดจนเสียชีวิต (1.1) หรืออาจต้องกลับเข้ามาได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลบ้างเป็นครั้งคราวแต่ประสงค์กลับไปอยู่ที่บ้านและเสียชีวิตที่บ้าน (1.2) การรับดูแลผู้ป่วยระยะสั้นๆ ในโรงพยาบาลเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวต้องการพัก (Respite care) พบได้บ้าง แต่ไม่มากนัก
- 0 รูปแบบที่ 2** กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านเป็นหลัก แต่มีเหตุให้ต้องกลับมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความประสงค์จะอยู่บ้านและได้รับการดูแลที่บ้าน (2.1) แต่ส่วนหนึ่งอาจต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะ (2.2) เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หรืออาการทางกายที่ควบคุมไม่ได้เป็นระยะหรือผู้ดูแลในครอบครัวขาดความมั่นใจหรือรับกับสภาพความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่ได้ โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต หรือสภาพแวดล้อมที่บ้านหรือชุมชน กดดันให้ต้องกลับมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล
- 0 รูปแบบที่ 3** กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลเป็นหลักเกือบตลอดหรือโดยตลอดของการได้การดูแลระยะท้าย โดยอาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งและสุดท้ายเสียชีวิตที่โรงพยาบาล (3.1) หรืออาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลโดยตลอดจนเสียชีวิต (3.2) ทั้งนี้เนื่องจากเสียชีวิตไม่นานหลังจากได้รับการวินิจฉัยและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ทันได้กลับบ้าน หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับบ้านได้เลยภายหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้วด้วยหลากหลายสาเหตุ อนึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือครอบครัวของผู้ป่วยอาจแสดงความประสงค์ขอให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านในวาระท้ายก็ได้

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า แม้รูปแบบของการจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายจะสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ แต่ส่วนใหญ่แล้วการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจำเป็นต้องบูรณาการและเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบอื่นที่มีการดำเนินการอย่างแล้วตามกรอบของสถานที่จัดบริการ อันได้แก่

- บริการผู้ป่วยในในระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาล (Acute inpatient care in hospital)
- บริการผู้ป่วยนอก หรือบริการดูแลผู้ป่วยแบบไม่พักค้างแรมของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่น (Out-patient or ambulatory care)
- บริการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในสถานพยาบาล (Long-term care in healthcare facility)
- บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชน (Home-based or community-based care)

การเข้าถึงบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วยระยะท้าย

การเข้าถึงบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในประเทศไทย เป็นการเข้าถึงบริการผ่านการดูแลแบบประคับประคอง โดยเกือบทั้งหมด (ยกเว้นรายที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น) มักเริ่มต้นในระหว่าง การรับบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเวลายาวนาน ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ 12 เขตบริการและกรณีศึกษาของสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล อาจมีบ้างที่ผู้ป่วยได้รับทราบและอาจเลือกพิจารณาการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในระหว่างการพบแพทย์ในระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการประเมิน วินิจฉัยและให้ทางเลือกการส่งปรึกษาการบริบาลในด้านนี้แก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถระบุสัดส่วนได้อย่างชัดเจน

การส่งปรึกษาของทีมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย บ่งชี้โอกาสในการเข้าถึงการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วยว่าอาจเกิดขึ้นได้ใน 3 รูปแบบ คือ

- 1) การเข้าถึงบริการผ่านการส่งปรึกษาเมื่อหมดทางเลือก (Last-minute consultation) มักเป็นการส่งปรึกษาเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ต้องการความช่วยเหลือในการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อยุติการรักษา เช่น ถอดเครื่องช่วยชีวิต หรือย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือเพื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้าน การส่งปรึกษาในกลุ่มนี้มักทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วยสั้น อาจเพียง 1-2 วันหรือสั้นกว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต หรือบางครั้งทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจยังไม่ได้มีโอกาสเข้าไปดูแล แต่ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนหนึ่งก็ยินดียุติการรักษาและให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้
- 2) การเข้าถึงบริการผ่านการส่งปรึกษาเมื่อเข้าเกณฑ์ทางเลือก (Criteria-based consultation) เป็นการส่งปรึกษาเมื่อแพทย์เจ้าของไข้เริ่มเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะเข้าสู่ระยะท้าย ตามหลักเกณฑ์ของการส่งปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลที่วางเป็นแนวทางไว้ เช่น การอ้างอิง Performance Palliative Score (PPS) น้อยกว่า 30-50 เป็นต้น การส่งปรึกษาในกลุ่มนี้ ทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีเวลาพอสมควรในการเข้าไปประเมิน วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ชี้ว่า ทำให้มีเวลาโดยส่วนใหญ่ราว 1-2 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่มีคุณภาพมีโอกาสระดับหนึ่งที่จะเกิดขึ้นได้จริง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถกลับบ้านและไปดูแลต่อที่บ้าน สุดท้ายสามารถเสียชีวิตที่บ้าน
- 3) การเข้าถึงบริการผ่านการส่งปรึกษาเมื่อเห็นเป็นทางเลือก (Consultation for care options) เป็นการส่งปรึกษาที่เกิดขึ้นค่อนข้างเร็วภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย โดยแพทย์เจ้าของไข้มองเห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองหรือการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายเป็นทางเลือกที่

ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีความตระหนักและควรพิจารณาไว้ แม้ว่าจะยังคงเลือกรับการรักษาที่มุ่งหวังการทำให้หายจากโรคหรือควบคุมโรคให้ได้ กรณีเช่นนี้ การดำเนินการสามารถเริ่มต้นจากการทำประชุมหรือพูดคุยร่วมกันเพื่อประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Family meeting) และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care plan) สำหรับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักยังมีชีวิตอยู่ภายใต้การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายได้นานกว่ากลุ่มอื่นๆ

ข้อสังเกตที่สำคัญ เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการการบริหารจัดการคุณภาพชีวิตระยะท้าย ยังประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้

- มักเป็นระบบส่งปรึกษา โดยแพทย์เจ้าของไข้ ต้องเป็นผู้วินิจฉัยและส่งปรึกษา กรณีที่เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยมักต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะทางระบุมาก่อนแล้วผู้ป่วยได้เลือกแนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ทั้งนี้พบว่า สถานพยาบาลที่รับส่งต่อ อาจมีการประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวใหม่หรือไม่ ก็ได้
- ความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจของแพทย์เจ้าของไข้มีความสำคัญ ซึ่งสถานการณ์แตกต่างกันไปในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมักมุ่งรักษาโรคให้หายเป็นหลัก
- ประสบการณ์จากหลายพื้นที่พบว่า พยาบาลมีส่วนสำคัญในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์ และเสนอทางเลือกการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้แพทย์พิจารณา
- แพทย์และพยาบาลในหลายโรงพยาบาลตั้งข้อสังเกตว่า การประชุมนิเทศและให้ข้อมูลแก่แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในโรงพยาบาลหลายแห่งที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักเป็นกลุ่มแรกที่โรงพยาบาลในประเทศไทยให้ความสำคัญ และเมื่อพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนั้นมีความชัดเจนมากขึ้น จึงจะมีการขยายกลุ่มเป้าหมายของการดูแลรักษาไปสู่ผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มอื่น

ทั้งนี้ประสบการณ์ในต่างประเทศ พบว่า การเข้าสู่การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice) ส่วนใหญ่ต้องให้มีการวินิจฉัยการเข้าสู่การเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal) โดยแพทย์เช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่สำหรับระบบประกันสุขภาพจะอาศัยการวินิจฉัยโดยแพทย์ 2 คนขึ้นไป โดยเป็นแพทย์เจ้าของไข้ หรือในกรณีสหรัฐอเมริกาสามารถให้ Nurse Practitioner ทดแทนได้ ส่วนในสหราชอาณาจักรใช้การวินิจฉัยโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำตัวผู้ป่วย (GP) ในระบบ National Health Service (NHS)

ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงและการจัดบริการการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณภาพ

การจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย หรือ Hospice care เป็นเรื่องที่ยังค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย ประสบการณ์ของหลายประเทศที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคที่ต่างกันออกไป^{14,15} อย่างไรก็ตาม โดยรวมอาจสรุปปัญหาในการให้บริการ Hospice care ในเชิงระบบ ที่อาจเกิดขึ้นได้แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนี้

1. ความไม่เพียงพอและไม่เป็นธรรมของการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพสูง บุรณาการและครอบครัว ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการไม่มีพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) ที่ชัดเจน รวมถึงความไม่เข้าใจของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลและผู้ให้การดูแลสุขภาพอื่นๆ ต่อบทบาทของการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย
2. การขาดการสนับสนุนผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เพียงพอ ซึ่งรวมถึงการให้ความช่วยเหลือภายหลังที่ผู้ป่วยจากไปแล้ว (Bereavement program)
3. ความจำกัดของความสามารถของระบบบริการที่จะรองรับปริมาณการใช้บริการในบริบทต่างๆ ของการบริการ ซึ่งที่มักพบบ่อย เช่น การเข้าถึงความเชี่ยวชาญเพื่อการดูแลรักษาแบบประคับประคองให้ได้ตลอดเวลา (24/7 Palliative care expertise), การระบุตัวผู้นำหรือหัวหน้าทีมในการดูแล, ความไม่เพียงพอของผู้ที่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง, ความไม่เพียงพอของสถานพยาบาลและที่พักพิงในรูปแบบต่างๆ ที่จะเป็นพันธมิตรในการให้การดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น
4. การขาดการบูรณาการระบบของการดูแล (Lack of system integration) โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลหลายแห่ง ทั้งในด้านข้อมูล แนวทางการดูแลรักษา และกิจกรรมการให้การดูแล ตลอดจนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
5. การขาดการระบุความรับผิดชอบที่ชัดเจน (Unclear accountability) เช่น ความไม่ชัดเจนว่าผู้ดูแลคนใดทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ติดตาม ประเมินและให้ข้อมูลในองค์กรรวม, ใครหรือหน่วยงานใดควรเป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านในแต่ละพื้นที่, ความไม่ต่อเนื่องของสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ในแต่ละระยะของความเจ็บป่วย เป็นต้น
6. ความไม่ชัดเจนในการสื่อสารสาธารณะ (Poor public communication) เช่น ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ทราบข้อมูลว่าใครเป็นผู้ให้บริการในพื้นที่, การส่งต่อที่เหมาะสมควรเป็นเช่นใด อย่างไร เป็นต้น
7. ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงวัฒนธรรมของสังคม (Belief and cultural barriers) โดยเฉพาะในสังคมของโลกตะวันออกที่ครอบครัวมีบทบาทอย่างมากต่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวถึงเรื่องการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยได้ทราบ (Truth telling)

¹⁴ Quality Hospice Palliative Care Coalition of Ontario. (2011)

¹⁵ Glass AP., et al. (2009)

สำหรับประเทศไทย การประเมินสถานการณ์ผ่านการประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ และการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ 12 เขตบริการที่ดำเนินการระหว่างปลายปี 2559 ถึงปี 2560 บ่งชี้ว่าการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในประเทศไทยอยู่ในช่วงระหว่างการพัฒนาและขยายตัวไปในสถานพยาบาลและพื้นที่ต่างๆ ซึ่งการจัดบริการในรูปแบบต่างๆ มีปัญหาและอุปสรรคเช่นกัน ประเด็นที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

- 1) ในภาพรวม การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายยังต้องการความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทางเลือกในการเข้าถึงบริการนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่
 - 1.1. แพทย์ ทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการให้ข้อมูลทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย การใช้ระยะจับวัด ทิศนคติและการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการวางแผนการดูแลและวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้ด้วยเหตุที่แพทย์จำนวนไม่น้อย อาจมีความรู้สึกลัวว่าการเลือกการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายอาจเสมือนเป็นการหมดหวัง ยอมแพ้ หรือทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสต่อทางรอดจากโรคร้าย แม้ว่าจะเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย หรือมองว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นเรื่องของการให้ผู้ป่วยรอคอยความตาย โดยไม่สามารถทำอะไรได้ จึงไม่ใช้บทบาทหรือความปรารถนาของแพทย์ที่จะเป็นผู้เสนอทางเลือกนี้แก่ผู้ป่วยระยะท้าย
 - 1.2. พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นผู้ที่ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในกรณีการดูแลรักษาตัวที่บ้าน ทั้งนี้พบว่าประเด็นสำคัญยิ่งที่พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยคือ (1) หลักการของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่มีจุดมุ่งหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วย มักมีความแตกต่างกันไปสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย, (2) การสังเกตและจัดการอาการปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้ายที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน และยังคงคาดหวังการหายจากโรคได้, (3) การรับฟังและสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเรียนรู้ความต้องการหรือความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว, และ (4) การประสานบทบาทการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นญาติมิตรของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนตนเองไปสู่บทบาทที่เลี้ยงและให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้
 - 1.3. บุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการที่มีส่วนสำคัญในการเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพที่ต้องมีความเข้าใจโดยเฉพาะต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เต็มเต็มการทำงานให้สามารถเข้าถึงและตอบสนองต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะบทบาทและทักษะที่ต้องเป็นผู้สอนและที่ปรึกษา เพื่อให้สามารถเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้สามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และจัดการกับสภาวะวิกฤติของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้
 - 1.4. ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่จะมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็น มีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบายหรือภาวะวิกฤติ และสามารถดูแลสุขภาพกายและใจของตนเองได้ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องครอบคลุมถึง

กลุ่มผู้ดูแลอาชีพ ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งประเด็นที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วยในเชิงระบบ คือ ความคุ้มค่าในการลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากรเหล่านี้ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องใช้ในการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการสั่งสมประสบการณ์ ระยะเวลาผู้ดูแลที่ปฏิบัติหน้าที่จริงและระดับของความเชี่ยวชาญ

- 1.5. สังคม เป็นภาคส่วนสำคัญที่มีส่วนอย่างยิ่งที่ต้องการการสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องต่อการแสดงเจตจำนงในการเลือกหรือไม่เลือกรับการดูแลรักษาแบบใดแบบหนึ่ง หรือเลือกที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจที่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในการเจ็บป่วยระยะท้ายและช่วยให้การให้การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินและวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยทำได้เหมาะสม ตลอดจนจะมีส่วนอย่างยิ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ยกประเด็นที่เป็นความปรารถนาของตนเองมาปรึกษาหารือกับแพทย์เพื่อพิจารณาทางเลือกในการดูแลรักษา
- 2) การจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ ได้แก่
 - 2.1. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ มักมีความท้าทายในการสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้บริหาร แพทย์และบุคลากรกลุ่มต่างๆ ต่อการบริหารคุณภาพชีวิตระยะท้ายส่งผลต่อลำดับความสำคัญในการจัดบริการ โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีเหตุจูงใจ หรือข้อวิตกกังวลต่อการจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายแตกต่างกันไป ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการแสดงเจตจำนงการเสียชีวิตตามธรรมชาติ การจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากร การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ข้อจำกัดของสถานที่ ต้นทุน งบประมาณและการเบิกจ่าย ตลอดจนจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลในแต่ละช่วงเวลา เป็นต้น
 - 2.2. ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน อาจมีข้อจำกัดด้านความพร้อมและทางเลือกในการใช้ระยะจบความปวดที่อาจมีประมาณจำกัดที่จะรองรับความจำเป็นของผู้ป่วยระยะท้าย (มีโควตาว่ามีไว้ในคลังได้เพียงจำนวนไม่มากนัก) กฎหมายไม่เอื้อให้มีการยืมยาจาก รพ.อื่น เพื่อนำมาใช้ก่อนเมื่อมีความต้องการใช้เกินระดับที่เตรียมไว้ รวมถึงความขาดแคลนของเครื่องมือหรืออุปกรณ์เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านที่เพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ โรงพยาบาลบางกลุ่มอาจมีเครื่องมือและอุปกรณ์ส่วนหนึ่งแต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลสะสมในพื้นที่มากกว่าสถานการณ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ในเครือข่ายบริการที่มีความก้าวหน้าในการบริหารร่วมกัน จะมีการวางระบบการยืมเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น และประสานงานการยืมเครื่องมือเพื่อเตรียมความพร้อมที่ชุมชนหรือที่บ้านผู้ป่วยได้ล่วงหน้า พร้อมรับเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
 - 2.3. เนื่องจากในหลายโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โรงพยาบาลชุมชนต้องดูแลอาจมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแลไม่มากนัก หรือนานๆสักครั้ง ทำให้ทีมงานอาจขาดความชำนาญและต้องการการสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลบางแห่งอาจจะแสดงความรู้สึกลำบากใจและไม่ยินดี เมื่อต้องรับส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแล

- 2.4. การขาดข้อมูลที่จำเป็นและหลักฐานของการแสดงเจตจำนงการเลือกเสียชีวิตตามธรรมชาติในกรณีวิกฤติที่ญาติหรือผู้ดูแลอาจนำผู้ป่วยมารักษาผ่านทางหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินไปคนละแนวทางกับที่ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพได้วางแผนร่วมกันไว้ แพทย์และทีมงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้การรักษาช่วยชีวิตไปตามมาตรฐานการรักษาเสมือนผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลคลาดเคลื่อนไปจากเจตจำนงที่ตั้งใจไว้เดิม กรณีข้างต้นนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งกับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลประจำของผู้ป่วยและกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอื่น
- 3) การพัฒนาการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้าน และในชุมชนในหลายพื้นที่ประสบอุปสรรคที่สำคัญหลายประการ ที่สำคัญที่สุดคือการใช้ยาระงับอาการปวดในกลุ่มมอร์ฟินชนิดที่เป็นยาฉีดที่ต้องใช้อุปกรณ์ Syringe driver เพื่อให้สามารถใช้อย่างถูกต้องที่บ้านผู้ป่วยได้ แม้จะมีความก้าวหน้าและเป็นรูปธรรมในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าภาคอื่นๆ แต่การดำเนินการให้ได้ประสิทธิผลอย่างจริงจังจำเป็นต้องอาศัยการออกแบบและนำระบบสู่การปฏิบัติของเครือข่ายการให้การดูแลรักษาที่ชัดเจน ต้องการการตกลงร่วมกันในแนวทางการดำเนินการไม่ให้ผิดกฎหมาย ความร่วมมือและความเข้าใจของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา การออกแบบระบบและยอมรับระบบโดยเภสัชกร เช่น การจำกัดจำนวนยาและการมารับยาเพื่อใช้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังขึ้นกับทักษะและความเข้าใจของทีมเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานใน รพ.สต. ตลอดจนการประเมินความเสี่ยงต่ออาชญากรรมในพื้นที่ประกอบการพิจารณาด้วย ส่วนประเด็นด้านอุปกรณ์ พบว่ามีทางเลือกในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ 3 แนวทาง คือ (1) การจัดซื้อโดยงบประมาณของโรงพยาบาล, (2) การขอบริจาคจากครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว และ (3) การรับการสนับสนุนหรือบริจาคจากหน่วยงานอื่นในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวัด รวมถึงผู้มีจิตศรัทธาอื่นๆ เป็นต้น
- 4) ระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างสถานพยาบาลหรือระหว่างพื้นที่ที่มีความท้าทายในการปฏิบัติงานประจำวันที่สำคัญหลายประการเช่นกัน เช่น
- 4.1. ภาระงานของหน่วยงานในพื้นที่ อาจทำให้ไม่สามารถเตรียมรับการส่งต่อผู้ป่วยกลับมาในชุมชนได้ไม่ทันกาล ผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนหนึ่งอาจเสียชีวิตไปก่อนที่ทีมดูแลจะได้มีโอกาสไปเยี่ยมที่บ้าน
- 4.2. ในหลายพื้นที่ยังไม่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลผู้รักษามายังทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนที่ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใช้หนังสือส่งตัวมักมาถึงล่าช้า หรือผู้ป่วยกลับบ้านโดยทีมงานในพื้นที่ไม่ทราบเรื่อง เช่น กรณีส่งต่อจาก รพ.มหาวิทยาลัยหรือ รพ.อื่นนอกเครือข่ายของจังหวัด
- 4.3. หลายพื้นที่ มีการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาความล่าช้าของการส่งข้อมูลทางเอกสารผ่านทาง Line Group ที่เป็น Application บนโทรศัพท์มือถือที่สามารถส่งต่อข้อมูลไปยังปลายทางอย่างรวดเร็ว แต่ก็ยังมีข้อจำกัดกังวลเรื่องการดูแลความลับของข้อมูลผู้ป่วย เช่น ส่วนหนึ่งไม่ได้ใช้การสื่อสารแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ส่งตัวผู้ป่วย และผู้รับการส่งตัว เป็นต้น

- 5) **การกำกับดูแลการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่อาจมีการจัดบริการโดยผู้ให้บริการในภาคเอกชนเกือบทั้งหมดยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน** ทั้งนี้ในทุกจังหวัดที่เข้าร่วมการศึกษา ยังไม่พบการดำเนินการอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลเป็นการเฉพาะสำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่ประกาศว่ามีการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่มีระบบฐานข้อมูลในการติดตามสถานการณ์การจัดบริการ ว่าดำเนินการด้วยองค์ประกอบหรือข้อกำหนดอย่างไร ทั้งที่อยู่ในรูปแบบของโรงพยาบาล หรือสถานพักฟื้นที่ดำเนินการเชิงธุรกิจ หรือที่ดำเนินการในรูปแบบที่ไม่แสวงหาผลกำไร เช่น วัด หรือมูลนิธิ แม้ว่าอาจจะเป็นที่รู้กันว่า มีการจัดการดูแลประเภื่อนี้อยู่บ้าง

นอกจากนี้ ยังไม่มีการติดตามสถานการณ์ของการให้บริการในกลุ่มสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม และไม่มีการติดตามการให้บริการในสถานพยาบาลภาคเอกชน ยกเว้นในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่สำคัญคือ (1) การดำเนินการขึ้นกับการมีสถานพยาบาลที่ต้องมาขออนุญาตดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด, (2) ประเด็นทางกฎหมายที่ให้อำนาจแก่หน่วยงานในพื้นที่ในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่ชัดเจน, (3) การเข้าไปดำเนินการกับผู้ประกอบการอื่นๆ ต้องอาศัยเรื่องร้องเรียนเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการ และ (4) ภาระงานที่มากกว่าทรัพยากรที่มี ซึ่งเป็นปัจจัยจำกัดการดำเนินการเชิงรุก

- 6) ยังไม่มีระบบและกลไกที่ดีในการทบทวนและเรียนรู้ประสิทธิผลของการจัดการเครือข่ายการบริการและส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดและระดับเขตที่มีความหลากหลาย ว่าที่ใดที่สามารถดำเนินการได้ดี สิ่งใดและอย่างไรที่สามารถดำเนินการได้ดี สิ่งที่ดีเหล่านั้นเป็นนวัตกรรมหรือเป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าในพื้นที่อื่นๆ หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อการเรียนรู้และปรับปรุงระบบกำกับดูแล และการสนับสนุนการดำเนินการของโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในอนาคตต่อไป

บทที่ 4

การวิจัยเชิงสำรวจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจองค์ประกอบ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลในประเทศไทย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำข้อเสนอ ข้อกำหนดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่จำเป็นและเหมาะสมของสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย

ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาข้อมูลจากสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน จำนวน 1188 แห่ง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ สิงหาคม – ตุลาคม 2560

ประโยชน์ที่ได้รับ

- นำไปใช้ในการพัฒนาข้อกำหนดบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย
- เป็นแนวทางในการจัดทำข้อเสนอเชิงพัฒนาสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย
- เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายโดยกองทุนสวัสดิการต่างๆ

วิธีการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดทำแบบสอบถามข้อมูลและข้อคิดเห็นของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ องค์ประกอบ และรูปแบบ ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 9 คำถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (2) การจัดบริการ (3) บุคลากร และทีมผู้ปฏิบัติงาน (4) ข้อคิดเห็นต่อแนวคิด และค่านิยม และ (5) แผนงานในอนาคตของโรงพยาบาล

การจัดพิมพ์แบบสำรวจ แบบสอบถามข้อมูลและข้อคิดเห็นของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการให้การดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย คณะทำงานได้มีการรวบรวมข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ และมีการออกแบบ รูปแบบของแบบสอบถามให้มีความสวยงาม และเหมาะสมต่อการนำเสนอให้กับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ได้จัดพิมพ์แบบสำรวจจำนวนทั้งสิ้น 1200 ฉบับ ตามเอกสารแนบข้างท้าย

การจัดส่งแบบสำรวจ

ดำเนินการส่งแบบสอบถาม พร้อมซองตอบกลับ ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ของสถานพยาบาล พร้อม หนังสือขอความร่วมมือให้บุคลากรของสถานพยาบาลตอบแบบสอบถาม และผู้ตอบสามารถส่งไปรษณีย์ กลับมายัง ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ร้อยละ (Percentage)
2. ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean)
3. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการสำรวจ

การตอบกลับและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 จำนวนการตอบกลับแบบสอบถามของสถานพยาบาลทั่วประเทศ

ระดับ รพ.	จำนวน (รพ.)	จำนวนตอบกลับ	ร้อยละ
รพช F1-F3	692	359	51.9
รพช M2	88	53	60.2
รพท M1	35	34	97.1
รพท S	48	42	87.5
รพศ A	33	23	69.7
รพ.สังกัดกรมการแพทย์	10	6	60
รพ.มะเร็ง	8	5	62.5
รพ.มหาวิทยาลัย	8	5	62.5
รพ.กทม.	15	10	66.7
รพ.เอกชน	251	63	25.1
รวม	1188	600	50.5

ตามกรอบการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยึดหลักกรอบแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

1. เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network)
2. แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายบริหารระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network)
3. การจัดให้มี โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) ของระบบบริการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง

การแบ่งระดับโรงพยาบาลมีการจัดระดับ ดังนี้

1. โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น First – level Hospital

โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1-2 คน มี

โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 – 90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2 – 5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90 – 120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวช-

กรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเก่าที่มีอยู่ปัจจุบัน (คงที่มีอยู่เดิมไม่เพิ่มจำนวน) รวม 3 – 10

2. โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Middle – level Hospital)

โรงพยาบาลแม่ข่าย M2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน

โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก M1 ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น

3. โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง

โรงพยาบาลทั่วไป (Standard – level Hospital) ระดับมาตรฐาน (ระดับ S) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลศูนย์ Advance – level Hospital ระดับสูง (ระดับ A) รองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & sophisticate technology) และมีการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามแยกตามการแบ่งระดับโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข

ระดับโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ระดับF1-F3	359	59.8
รพ.ระดับM1-M2	87	14.5
รพ.ระดับ S, A	65	10.8
รพ.มหาวิทยาลัยและรพ.นอกสังกัดสป.	26	4.3
รพ.เอกชน	63	10.5
รวม	600	

ส่วนที่ 1 สถิติภาพรวมของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.3 สถิติในภาพรวมของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

ระดับโรงพยาบาล		จำนวนเตียง	จำนวนผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยใน
รพ.ระดับF1-F3 (359 รพ.)	Mean	43.1	93,898.4	4,065.3
	SD	21.8	63,694.3	3,386.2
	Minimum	10.0	2,707.0	166.0
	Maximum	135.0	664,703.0	35,887.0
	ไม่ระบุ	21	57	49
รพ.ระดับM1-M2 (87 รพ.)	Mean	154.5	207,211.0	11,695.3
	SD	69.9	110,770.6	7,843.7
	Minimum	50.0	31,501.0	2,267.0
	Maximum	340.0	814,183.0	66,065.0
	ไม่ระบุ	6	13	13
รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	Mean	513.3	444,236.9	57,760.5
	SD	199.1	211,981.8	127,279.8
	Minimum	180.0	24,804.0	12,350.0
	Maximum	1,051.0	885,197.0	918,484.0
	ไม่ระบุ	4	13	14
รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (26 รพ.)	Mean	497.2	585,982.2	21,189.2
	SD	372.3	431,184.7	16,360.8
	Minimum	106.0	37,174.0	3,482.0
	Maximum	1,333.0	1,592,618.0	50,666.0
	ไม่ระบุ	1	2	2
รพ.เอกชน (63 รพ.)	Mean	136.0	255,183.8	11,920.0
	SD	76.7	230,540.1	10,838.9
	Minimum	30.0	3,100.0	1,358.0
	Maximum	400.0	989,734.0	65,887.0
	ไม่ระบุ	1	8	8

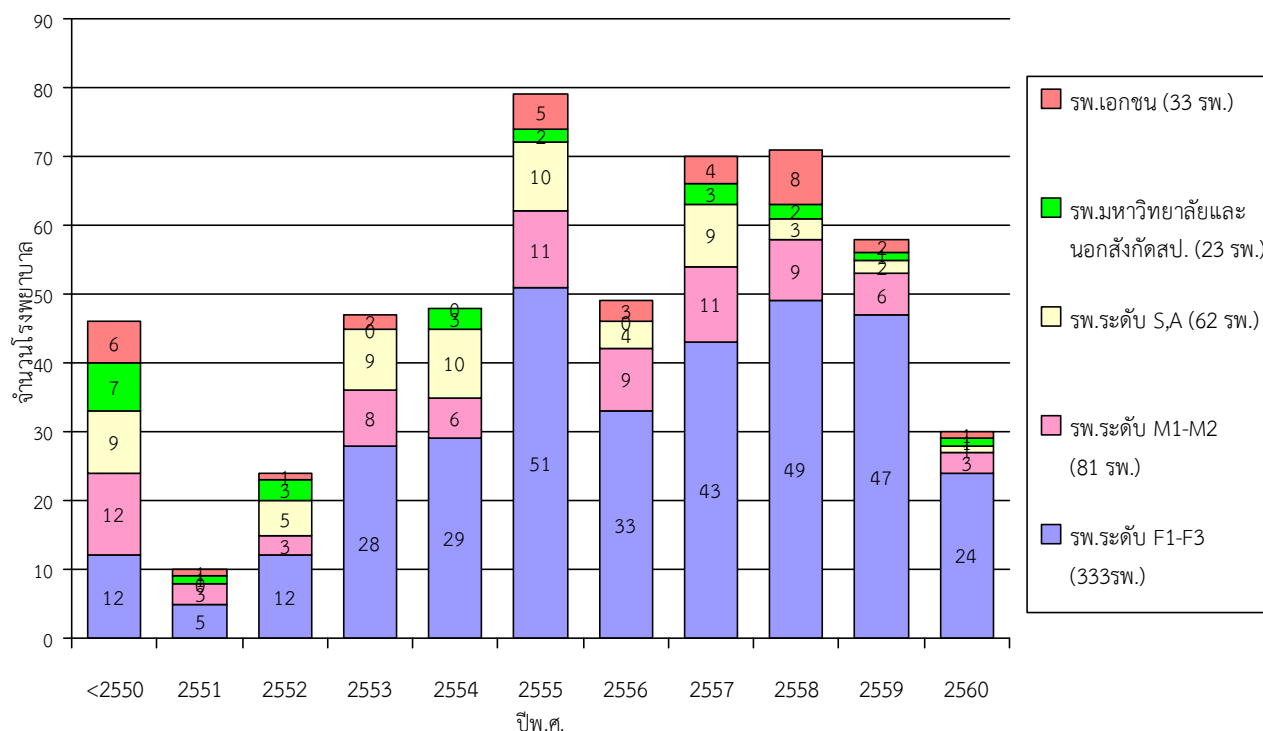
ส่วนที่ 2 การจัดบริการ

โรงพยาบาล 566 แห่ง จาก 600 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.3 ที่มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง โดยมีจุดเริ่มต้นของการจัดบริการ ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การจัดให้มีบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

			ระดับโรงพยาบาล					Total
			รพ.ระดับ F1-F3	รพ.ระดับ M1-M2	รพ.ระดับ S, A	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป.	รพ.เอกชน	
มีบริการPC หรือไม่	ไม่มีบริการPC	จำนวน	6	0	0	2	25	33
		ร้อยละ	1.7%	0.0%	0.0%	7.7%	39.7%	5.5%
	มีบริการPC	จำนวน	352	87	65	24	38	566
		ร้อยละ	98.1%	100.0%	100.0%	92.3%	60.3%	94.3%
	ไม่ระบุ	จำนวน	1	0	0	0	0	1
		ร้อยละ	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
Total	Count	359	87	65	26	63	600	
	ร้อยละ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

ภาพที่ 4.1 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เริ่มมีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในแต่ละปี พ.ศ.



ตารางที่ 4.5 จุดเริ่มต้นของการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

สาเหตุ	ระดับโรงพยาบาล					Total
	รพ.ระดับ F1-F3	รพ.ระดับ M1-M2	รพ.ระดับ S, A	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป.	รพ.เอกชน	
จุดเริ่มต้น เริ่มมีพยาบาลสนใจ ของงาน PC	78 22.2%	30 34.9%	27 41.5%	5 20%	4 10.8%	144 25.5%
มีการกำหนดภาระงาน	97 27.6%	15 17.4%	4 6.2%	1 4%	4 10.8%	121 21.5%
มีการจัดสรรพยาบาลอย่างน้อย 1 คน เป็นพยาบาล Palliative care แบบ Full-time	12 3.4%	4 4.7%	2 3.1%	0 0%	0 0%	18 3.2%
เริ่มมีแพทย์อาสา	2 0.6%	6 7%	2 3.1%	2 8%	2 5.4%	14 2.5%
มีการจัดตั้งทีม End-of-life care	83 23.6%	17 19.8%	15 23.1%	7 28%	12 32.4%	134 23.8%
โรงพยาบาลมีการประกาศ นโยบาย	33 9.4%	6 7%	7 10.8%	3 12%	9 24.3%	58 10.3%
มีการจัดตั้งศูนย์หรือหน่วยงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือ Palliative care	15 4.3%	1 1.2%	6 9.2%	3 12%	1 2.7%	26 4.6%
อื่นๆ ได้แก่ - จำนวนผู้ป่วยล้นเตียง - มีผู้ป่วยในระบบการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านเป็นผู้ป่วยระยะ ท้าย - ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา no tube no CPR และ no Refer - ต้องรับผู้ป่วยกลับมาดูแล ต่อเนื่อง	31 8.8%	7 8.1%	2 3.1%	4 16%	5 13.5%	49 8.7%
Total	351 100%	86 100%	65 100%	25 100%	37 100%	564 100%

ตารางที่ 4.6 การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองปี พ.ศ.2560 ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ. มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
การส่งปรึกษาผู้ป่วยใน	306 86.9%	81 93.1%	63 96.9%	23 95.8%	22 57.9%
การส่งปรึกษาผู้ป่วยนอก	199 56.5%	62 71.3%	56 86.2%	15 62.5%	9 23.7%
มีการจัดพื้นที่เฉพาะในหอผู้ป่วย	132 37.5%	38 43.7%	22 33.8%	7 29.2%	8 21.1
มี hospice ward เฉพาะ	52 14.8%	6 6.9%	4 6.2%	7 29.2%	2 5.3%
มี Palliative care clinic	52 14.8%	29 33.3%	29 44.6%	3 12.5%	2 5.3%
มี pain clinic	25 7.1%	21 24.1%	27 41.5%	4 16.7%	0
มี HHC	334 94.9%	82 94.3%	58 89.2%	20 83.3%	10 26.31%
รับปรึกษาทางโทรศัพท์	198 56.3%	58 66.67%	51 78.5%	11 45.8%	5 13.2%
อื่นๆ เช่น มีศูนย์เครื่องมือที่ จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, มี เครือข่ายการดูแลผู้ป่วย และให้ คำปรึกษาในชุมชน และ บริการ รถส่งผู้ป่วยกลับบ้านฟรี โดยกลุ่ม จิตอาสา	43 12.2%	21 24.1%	15 23.08%	5 20.8%	8 21.1%

ตารางที่ 4.7 จำนวนเตียง ของโรงพยาบาลที่มี Hospice ward

จำนวนเตียง ใน hospice ward	รพ.ระดับ F1-F4 (52 โรงพยาบาล)	รพ.ระดับ M1-M (6โรงพยาบาล)	รพ.ระดับ S, A (4โรงพยาบาล)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (7 โรงพยาบาล)	รพ.เอกชน (2โรงพยาบาล)
1	34	3	2	1	
2	6	1			
3	1	2			
4	2			2	1
6	1				
8	1		1		
9	1			2	
10				1	
12			1	1	

ตารางที่ 4.8 การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2560 จำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายของการให้การดูแลดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มโรค/สาเหตุ	ระดับโรงพยาบาล				
		รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ. มหาวิทยาลัย และนอก สังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
ผู้ป่วยเด็ก	มะเร็งระยะท้าย	110 31.3%	41 47.10%	41 63.1%	10 41.7%	1 2.6%
	ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ในระยะท้าย	44 12.5%	16 18.4%	33 50.8%	7 29.2%	1 2.6%
	มะเร็งระยะท้าย	333 94.6%	82 94.3%	63 96.9%	22 91.7%	34 89.5%
ผู้ป่วยผู้ใหญ่	มะเร็งทุกระยะ	147 41.8%	43 49.4%	29 44.6%	11 45.8%	11 28.9%
	ป่วยด้วยโรค อื่นๆในระยะ ท้าย	286 81.3%	72 82.8%	62 95.4%	12 50%	14 36.8%
	ผู้ป่วยใน ICU	4 1.1%	27 31%	34 52.3%	11 45.8%	19 50%
	ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ สามารถจำหน่าย ได้	212 60.2%	55 63.2%	48 73.8%	19 79.2%	21 55.3%
	ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น จิตเวช และอุบัติเหตุ	39 11.1%	13 14.9%	10 15.4%	1 4.2%	3 7.9%

ตารางที่ 4.9 จำนวน และร้อยละของโรงพยาบาลแต่ละระดับที่มีการจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

การเข้าถึงบริการ	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ. มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
การส่งปรึกษาจากผู้ป่วยใน	314 90.2%	81 94.2%	65 100%	23 95.8%	26 76.5%
การส่งปรึกษาจาก ICU	22 6.4%	42 48.8%	47 73.4%	17 70.8%	17 50%
การส่งปรึกษาจาก OPD/ER	136 39.1%	51 59.3%	47 73.4%	13 54.2%	6 17.8%
การส่งต่อจาก รพ.อื่น	297 85.8%	73 84.9%	53 82.8%	8 33.3%	10 29.4%
ผู้ป่วยหรือครอบครัวขอปรึกษา	145 41.7%	49 57%	44 68.8%	10 41.7%	8 23.5%
Multi-disciplinary meeting	19 5.5%	15 17.4%	19 29.7%	7 29.2%	4 11.8%
อื่นๆ ได้แก่ การค้นพบผู้ป่วยจาก ชุมชนโดยจนท.รพ.สต./อสม/อผส/ จิตอาสา	41 11.8%	19 22.1%	15 23.4%	8 33.3%	4 11.8%
ไม่ระบุ	5	1	1	0	4

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวน และร้อยละของโรงพยาบาลแต่ละระดับที่ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนืองที่บ้านหรือในชุมชน

การดูแลต่อเนืองที่บ้านหรือใน ชุมชน	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ. มหาวิทยาลัย และนอก สังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
ทีม PC ติดตามเยี่ยมที่บ้านเอง	231 65.8%	60 69.8%	40 61.5%	7 29.2%	1 2.60%
ทีม HHC เยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย	269 76.6%	73 84.9%	55 84.6%	18 75%	12 31.6%
ส่งต่อทีม HHC ใกล้บ้าน	284 80.9%	77 89.5%	59 90.8%	19 79.2%	11 28.9%
ส่งกลับรพ.ต้นสังกัด	39 11.1%	26 30.2%	44 67.7%	13 54.2%	7 18.4%
นัดกลับมารับการรักษา/รับยา เป็นระยะ	169 48.1%	62 72.1%	50 76.9%	11 45.8%	15 39.5%
กำหนดเวลาเพื่อติดตามทางโทรศัพท์	130 37%	44 51.2%	37 56.9%	10 41.7%	12 31.6%
ขึ้นกับผู้ป่วยจะเลือกรับบริการ ต่อเนืองเอง	67 19.1%	24 27.9%	17 26.2%	3 12.5%	11 28.9%
อื่นๆ เช่น ประสานงานทาง Line เพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วย และญาติ ในการรับยา, ทีม palliative care ดูแลที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่รพสต., จิตอาสา, อสม., อปท., ผู้นำศาสนา, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน และมีการแบ่ง เยี่ยมตาม PPS	24 6.8%	11 12.8%	10 15.4%	5 20.8%	6 15.8%
ไม่ระบุ	2	1			

ตารางที่ 4.11 ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย

ด้าน	ปัญหาอุปสรรค	ระดับโรงพยาบาล				
		รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ. เอกชน (38 รพ.)
บุคลากร	ยังไม่มีใครรู้จักงานด้าน	66	17	13	8	3
	Palliative care	18.75%	19.54%	20%	33.3%	7.9%
	ยังไม่มีแพทย์ที่สนใจงานด้าน	160	36	28	6	9
	Palliative care	45.5%	41.4%	43.1%	25%	23.7%
	แพทย์ยังเห็นว่า Palliative care	114	37	40	9	10
	ใช้กับผู้ป่วยสิ้นหวัง	32.4%	42.5%	61.5%	37.5%	26.3%
	แพทย์เจ้าของไข้ ไม่ส่ง	93	46	45	17	12
	ปรึกษาทีม Palliative care	26.4%	52.9%	69.2%	70.8%	31.6%
	ยังไม่มีพยาบาลที่ได้รับการ	84	19	13	7	14
	อบรมด้าน Palliative care	23.9%	21.8%	20%	29.2%	36.8%
	พยาบาลในหอผู้ป่วย	110	37	38	11	15
	ยังไม่เข้าใจ Palliative care	31.3%	42.5%	58.5%	45.8%	39.5%
	ทีม Palliative care มี	200	59	47	13	18
	ภาระงานมาก ดูแลไม่ทั่วถึง	56.8%	67.8%	72.3%	54.2%	47.4%
ผู้ป่วยและ ญาติ	ทีมงานยังมีความสับสนเรื่องการที่ผู้ป่วยขอ	50	14	17	3	4
	เสียชีวิตตามธรรมชาติ (Natural death)	14.2%	16.1%	26.2%	12.5%	10.5%
	ทีม Palliative care ไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ	121	29	27	9	9
	หรือทันกาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย	34.4%	33.3%	41.5%	37.5%	23.7%
	ผู้ป่วยและญาติ ไม่เข้าใจ	155	46	28	11	17
	การดูแลแบบประคับประคอง	44%	52.9%	43.1%	45.8%	44.7%
การจัดกร	ญาติใกล้ชิดไม่ยินยอมให้	251	70	42	13	21
	บอกความจริงแก่ผู้ป่วย	71.3%	80.5%	64.6%	54.2%	55.3%
	ญาติยังเกรงปัญหาของ	196	55	34	15	14
	การให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน	55.7%	63.2%	52.3%	62.5%	36.8%
	งาน Palliative care เป็น	40	10	2	3	4
	ภาระค่าใช้จ่ายของ รพ.	11.4%	11.5%	3.1%	12.5%	12.5%
	รพ. ไม่มีนโยบายหรือแนวทาง	22	10	2	3	0
	ด้าน Palliative care	6.3%	11.5%	3.1%	12.5%	0
การจัดกร	เกรงว่าการจัดการดูแลระยะท้ายจะกลายเป็นการดูแลระยะยาวหรือ Nursing home	29	6	3	3	1
	การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วย	138	45	40	9	9
	ถูกรักษาแบบยืดความตาย	39.2%	51.7%	61.5%	37.5%	23.7%
	รพ. ยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการส่ง	87	18	14	6	12
	ปรึกษาหรือเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง	24.7%	20.7%	21.5%	25%	31.6%

รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค

ด้านบุคลากร

1. ความรู้และความเข้าใจของบุคลากรในหน่วยงานแต่ละจุดยังไม่ชัดเจน
2. เจ้าหน้าที่ มีไม่เพียงพอ
3. กลัวว่าจะให้การดูแลไม่เหมือนรพ.ใหญ่
4. ขาดทักษะและการเข้าถึงผู้ป่วยทำให้มีความกังวลในการเข้าหาผู้ป่วยและครอบครัว กลัวถูกต่อต้านจากญาติ กลัวว่าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะดูแลอาการและปัญหาผู้ป่วยอย่างไร กลัว ไม่กล้าเข้าไปดูแล/แนะนำ คิดว่าตนเองทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต/กลัวผู้ป่วยเสียกำลังใจ/กลัวสังคมว่าดูแลไม่ดี
5. ไม่มีผู้รับผิดชอบ full time และหาแพทย์ผู้รับผิดชอบหลักไม่ได้
6. มีภาระงานด้านอื่นที่ไม่ใช่ palliative care ด้วย
7. โดยส่วนใหญ่แพทย์กลัวการถูกฟ้องร้องภายหลังหากไม่ให้การรักษอย่างเต็มที่
8. ผู้รับผิดชอบงานต้องปฏิบัติงานเป็นผลัดเข้าบ่ายดึก
9. แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ลงความเห็นว่าเป็น palliative care
10. พยาบาลที่ทำหน้าที่ย้ายออก ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการประสานงาน
11. คิดว่าใช้กับผู้ป่วยสิ้นหวังเท่านั้น
12. เปลี่ยนแพทย์ผู้รับผิดชอบบ่อย
13. การ diagnosis ว่าเป็น PC โดยแพทย์ยังน้อย
14. ความเข้าใจผิดเรื่อง MO.กลัวกวดการหายใจเกรงจะติดยา
15. บุคลากรรู้สึกว่ามีที่ยืนในรพ.

ด้านผู้ป่วยและญาติ

1. ญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะหมดกำลังใจ, สิ้นหวัง
2. ขาดคนดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ญาติรับไม่ได้กับอาการทรมานทรมานของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตและไม่ต้องการยุ่งยากในการจัดการศพหลังเสียชีวิต
4. ญาติกลัวการตัดสินใจจากเพื่อนบ้านว่าไม่ดูแล
5. ญาติกลัวว่าถ้าเสียชีวิตที่บ้านจะมีปัญหาเรื่องการออกแบบใบรับรองการตาย

ด้านการจัดการ

1. อัตรากำลังน้อยและมีภาระงานมาก
2. คิดว่า palliative care จะ consult ก็ต่อเมื่อคนไข้ใกล้จะเสียชีวิต
3. รพช.เปลี่ยนแพทย์บ่อย
4. วัสดุอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอ
5. ใช้เวลาในการพูดคุยนาน
6. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่เข้าใจในงาน
7. เส้นทางกร้าวหน้าของพยาบาลไม่มี
8. ขาดความต่อเนื่องเรื่อง HHC ของรพ.
9. งาน palliative เป็นงานฝากรวมไปกับงานอื่นๆ
10. เนื่องจาก Final Dx. ไม่ชัดเจน
11. ผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติต้องการเสียชีวิตที่รพ.เพื่อจะได้ไปแจ้งตายที่กงสุลได้สะดวก
12. การเรียกเก็บเงินได้น้อยมากในขณะที่ต้องทำกับผู้ป่วยจำนวนมาก
13. ยังขาดยาที่ควบคุมอาการปวดที่บ้าน
14. แพทย์ยังไม่เข้าใจว่าการวินิจฉัย PC ต้องผ่านแพทย์ที่ OPD ไม่ต้อง admit
15. ไม่มีช่องทางขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ

ควรฝึกให้นักศึกษาแพทย์เรียนรู้ขณะเรียนแพทย์

การจัดการภายในโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.12 ระดับของคณะกรรมการหรือทีมงานที่ได้รับแต่งตั้งอย่างเป็นทางการในการดูแลแบบ
 ประคับประคองในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

ระดับคณะกรรมการ	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
กรรมการสหสาขาวิชาชีพระดับ โรงพยาบาล	288 90%	69 86.3%	56 88.9%	17 70.8%	9 45%
คณะอนุกรรมการซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของคณะกรรมการของ โรงพยาบาล	10 3.1%	3 3.7%	1 1.6%	2 8.4%	7 35%
คณะกรรมการ/คณะทำงานภายใน ฝ่าย	22 6.9%	8 10%	6 9.5%	5 20.8%	4 20%
ไม่ระบุ	32	7	2	0	18

ตารางที่ 4.13 การใช้แนวทาง (Guideline) สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายภายในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

การใช้แนวทาง (Guideline)	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
พัฒนาแนวทางขึ้นใช้เองใน โรงพยาบาล	187 53.60%	57 66.30%	41 63.10%	16 66.70%	20 52.60%
อ้างอิงใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่มีสถาบันอื่นทำขึ้น	137 39.30%	24 27.90%	24 36.90%	5 20.80%	12 31.60%
ยังไม่มีการจัดทำหรือใช้ แนวทาง	25 7.20%	5 5.80%	0 0.00%	3 12.50%	6 15.80%
ไม่ระบุ	3	1			

ตารางที่ 4.14 การใช้แนวทาง (Guideline) สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชนภายในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

การใช้แนวทาง (Guideline)	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอก สังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
พัฒนาแนวทางขึ้นใช้เองใน โรงพยาบาล	188 56.12%	52 61.90%	34 53.12%	12 50%	6 16.22%
อ้างอิงใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่มีสถาบันอื่นทำขึ้น	86 25.67%	15 17.86%	21 32.81%	3 12.5%	3 8.11%
ยังไม่มีการจัดทำหรือใช้ แนวทาง	61 18.21%	17 20.24%	9 14.07%	9 37.5%	28 75.67%
ไม่ระบุ	17	3	1	0	1

แนวทาง (Guideline) สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่สถาบันที่มีการนำมาอ้างอิงมากได้แก่ ศูนย์การุณรักษ์ ม.ขอนแก่น, รพ.มหาสารคาม, รพ.รามาธิบดี, กรมการแพทย์, สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้จัดทำร่วมกันในระดับเครือข่าย service plan palliative care

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชน มีเพิ่มเติมคือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านของสถาบันมะเร็ง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในพื้นที่กรุงเทพฯ นอกนั้นส่วนใหญ่อ้างอิงเช่นเดียวกับแนวทางที่ใช้ในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 บุคลากรและทีมผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 4.15 จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน Full-time เฉพาะด้าน Palliative care (>70% ของเวลาปฏิบัติงาน) ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนแพทย์ full time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลที่มีแพทย์ปฏิบัติงาน Full-time แยกตามระดับรพ.				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ. มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
1	18	8	5	4	9
2	2	1	3	1	2
3	2	2	1		1
4				1	1
5	1				
7					1
ไม่ระบุ	17	9	3	0	0
จำนวน รพ. ที่มีแพทย์ full time	40 11.4%	20 23%	13 20%	6 25%	14 36.8%

หมายเหตุ มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ระบุจำนวนแพทย์มา 50 ท่าน คาดว่ามีความคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูล

ตารางที่ 4.16 จำนวนแพทย์ในแต่ละสาขาที่ปฏิบัติงาน Part-time สำหรับงาน Palliative care ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

สาขาแพทย์ ปฏิบัติงาน Part-time	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัด สป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	57 16.4%	31 36.90%	25 38.5%	6 25%	1 3.1%
วิสัญญีแพทย์	2 0.6%	9 10.7%	23 35.4%	8 33.3%	4 12.5%
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	158 45.5%	18 21.4%	3 4.6%	3 12.5%	1 3.1%
แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น	15 4.3%	25 29.8%	32 49.2%	10 41.7%	10 31.3%
ไม่ระบุ	5	3			6

ตารางที่ 4.17 จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงาน Part-time สำหรับงาน Palliative care ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ปฏิบัติงาน Part-time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (57 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (31 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (25 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและ นอกสังกัด สป. (6 รพ.)	รพ.เอกชน (1 รพ.)
1	46 13.3%	22 27.5%	15 23.4%	4 16.7%	1 3.1%
2	7 2.0%	3 3.8%	3 4.7%		
3	1 0.3%	1 1.3%	3 4.7%		
4	1 0.3%		1 1.6%	1 4.2%	
5			2 3.1%		
6		1 1.3%		1 4.2%	
ไม่ระบุ	2	4	1		

ตารางที่ 4.18 จำนวนแพทย์วิสัญญีที่ปฏิบัติงาน Part-time สำหรับงาน Palliative care ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนแพทย์วิสัญญี ปฏิบัติงาน Part-time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (2รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (9 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (23 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและ นอกสังกัดสป. (8 รพ.)	รพ.เอกชน (4 รพ.)
1	2 100%	8 100%	17 89.48%	6 85.71%	2 66.67%
2			1 5.26%	1 14.29%	1 33.33%
6			1 5.26%		
ไม่ระบุ		1	4	1	1

ตารางที่ 4.19 จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงาน Part-time สำหรับงาน Palliative care ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติ ปฏิบัติงาน Part-time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (158 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (18 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (3 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (3 รพ.)	รพ.เอกชน (1 รพ.)
1	122 82.43%	14 77.78%	2 66.67%	2 66.67%	
2	9 6.08%	3 16.67%	1 33.33%	1 33.33%	
3	5 3.38%				
4	6 4.05%				1 100.00%
5	2 1.35%				
6	1 0.68%				
7	1 0.68%				
8	1 0.68%	1 5.56%			
10	1 0.68%				
ไม่ระบุ	10				

ตารางที่ 4.20 จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ที่ปฏิบัติงาน Part-time สำหรับงาน Palliative care ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง สาขาอื่น ปฏิบัติงาน Part-time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (15 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (25 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (32 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (10 รพ.)	รพ.เอกชน (10 รพ.)
1	12 92.31%	19 95%	22 75.86%	3 37.5%	4 50%
2			1 3.45%	4 50%	4 50%
3			2 6.9%	1 12.5%	
4	1 7.69%		2 6.9%		
6			1 3.45%		
10			1 3.45%		
11		1 5%			
ไม่ระบุ	2	5	3	2	2

ตารางที่ 4.21

องค์ประกอบของบุคลากรสาขาอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้าย

บุคลากร	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
PCN ที่ปฏิบัติงาน	91	29	33	15	14
Full-time	25.8%	33.3%	50.89	62.5%	36.8%
PCN ที่ปฏิบัติงาน	188	54	38	7	4
Part-time	53.4%	62.1%	58.5%	29.2%	10.5%
PCWN ได้รับการอบรม	211	57	50	16	14
	59.9%	65.5%	76.9%	66.7%	36.8%
เภสัชกร ได้รับการอบรม	147	43	33	7	1
	41.7%	49.4%	50.8%	29.2%	2.6%
เภสัชกร ยังไม่ได้อบรม	160	45	37	9	11
	45.5%	51.7%	56.9%	37.5%	28.9%
นักจิตวิทยา	14	34	34	10	3
	4%	39.1%	52.3%	41.7%	7.9%
โภชนากร	137	51	40	12	17
	38.9%	58.6%	61.5%	50%	44.7%
นักสังคมสงเคราะห์	15	17	41	14	4
	4.3%	19.5%	63.1%	58.3%	10.5%
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	78	32	9	1	4
	22.2%	36.8%	13.9%	4.2%	10.5%
อาสาสมัครสาธารณสุข	37	15	9	0	0
	10.5%	17.2%	13.8%		
อาสาสมัครผู้จิตอาสา	53	21	19	7	2
	15.1%	24.1%	29.2%	29.2%	5.3%
ไม่ระบุ	5	3	0	0	6

ตารางที่ 4.22 จำนวนพยาบาล Palliative care ที่ปฏิบัติงาน Full-time ของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

จำนวนพยาบาล Palliative care ที่ ปฏิบัติงาน Full-time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (91 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (29 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (33 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (15 รพ.)	รพ.เอกชน (14 รพ.)
1	77	23	24	6	4
	84.62%	79.31%	72.73%	40%	28.57%
2	8	5	5	3	2
	8.79%	17.24%	15.15%	20%	14.29%
3	3	1	3	3	
	3.3%	3.45%	9.09%	20%	
4				1	1
				6.67%	7.14%
5	1				2
	1.1%				14.29%
6				1	1
				6.67%	7.14%
7	1				
	1.1%				
9					1
					7.14%
10	1				1
	1.1%				7.14%
13					1
					7.14%
16					1
					7.14%
23				1	
				6.67%	

ตารางที่ 4.23 จำนวนพยาบาล Palliative care ที่ปฏิบัติงาน Part-time ของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

จำนวนพยาบาล Palliative care ที่ ปฏิบัติงาน Part-time (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (188 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (54 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (38 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (7 รพ.)	รพ.เอกชน (4 รพ.)
1	116	32	16	4	2
	61.70%	59.26%	42.11%	57.14%	50%
2	34	10	12	1	
	18.09%	18.52%	31.58%	14.29%	
3	17	4	5		
	9.04%	7.41%	13.16%		
4	3	2		2	1
	1.60%	3.70%		28.57%	25%
5	4	2	2		
	2.13%	3.70%	5.26%		
6	4	1	1		1
	2.13%	1.85%	2.63%		25%
7	2				
	1.06%				
8	3	2			
	1.60%	3.70%			
10	3		1		
	1.60%		2.63%		
11	1	1			
	0.53%	1.85%			
12			1		
			2.63%		
16	1				
	0.53%				

ตารางที่ 4.24 จำนวนพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรม (PCWN) ของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

จำนวนพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรม (PCWN) (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (211 รพ.)	รพ.ระดับM1-M2 (57 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (50 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและนอกสังกัดสป. (16 รพ.)	รพ.เอกชน (14 รพ.)
1	108	8	2	3	3
	51.18%	14.04%	4%	18.75%	21.43%
2	49	6	4		5
	23.22%	10.53%	8%		35.71%
3	19	8	2	1	2
	9.00%	14.04%	4%	6.25%	14.29%
4	14	2		1	3
	6.64%	3.51%		6.25%	21.43%
5	5	5	5	1	
	2.37%	8.77%	10%	6.25%	
6	3	4		2	
	1.42%	7.02%		12.5%	
7	2	1			1
	0.95%	1.75%			7.14%
8	4	2			
	1.9%	3.51%			
9				2	
				12.5%	
10	3	4	3	1	
	1.42%	7.02%	6%	6.25%	
11		3	3	1	
		5.26%	6%	6.25%	
12	1	1	1		
	0.47%	1.75%	2%		
13	2	3	2		
	0.95%	5.26%	4%		
14			2		
			4%		
15			2		
			4%		
16		1			
		1.75%			
18		3	1		
		5.26%	2%		
19			1		
			2%		
20		2	2		
		3.51%	4%		
22			2		
			4%		
23			2		
			4%		

จำนวนพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรม (PCWN) (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (211 รพ.)	รพ.ระดับM1-M2 (57 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (50 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและนอกสังกัดสป. (16 รพ.)	รพ.เอกชน (14 รพ.)
24	1	1			
	0.47%	1.75%			
25			2		
			4%		
26			1		
			2%		
27			1		
			2%		
30		1	4	1	
		1.75%	8%	6.25%	
32			1		
			2%		
33		1			
		1.75%			
34			1		
			2%		
35				1	
				6.25%	
36		1			
		1.75%			
40			3		
			6%		
45			1		
			2%		
50			1		
			2%		
65				1	
				6.25%	
80			1		
			2%		
103				1	
				6.25	

ตารางที่ 4.25 จำนวนเภสัชกรที่ได้รับการอบรม Palliative care ของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

จำนวนเภสัชกรที่ได้รับการ อบรม Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (147รพ.)	รพ.ระดับM1- M2 (43 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (33 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและ นอกสังกัดสป. (7 รพ.)	รพ.เอกชน (1 รพ.)
1	126	30	23	5	1
	85.71%	69.77%	69.70%	71.43%	100.00
2	15	10	6		
	10.20%	23.26%	18.18%		
3	4	2	3	1	
	2.72%	4.65%	9.09%	14.29%	
4	1		1		
	0.68%		3.03%		
5	1			1	
	0.68%			14.29%	
6		1			
		2.33%			

ตารางที่ 4.26 จำนวนเภสัชกรที่ช่วยงาน Palliative care แต่ไม่ได้รับการอบรม ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนเภสัชกรช่วยงานแต่ ยังไม่ได้รับการอบรม Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (160 รพ.)	รพ.ระดับM1- M2 (45 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (37 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและ นอกสังกัดสป. (9 รพ.)	รพ.เอกชน (11 รพ.)
1	139	38	24	8	9
	86.88%	84.44	64.86	88.89	81.82
2	12	4	11		1
	7.50	8.89	29.73		9.09
3	5	3	1		
	3.13	6.67	2.70		
4	2				
	1.25				
5	2		1		
	1.25		2.70		
6				1	
				11.11	
16					1
					9.09

ตารางที่ 4.27 จำนวนพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ที่ช่วยงาน Palliative care

จำนวนพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาช่วยงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (14 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (34 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (34 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (10 รพ.)	รพ.เอกชน (3 รพ.)
1	7	31	33	8	3
	50.00	91.18	97.06	80.00	100.00
2	7	3		2	
	50.00	8.82		20.00	
3			1		
			2.94		

ตารางที่ 4.28 จำนวนโภชนากรหรือนักกำหนดอาหาร ที่ช่วยงาน Palliative care

จำนวนโภชนากรหรือนัก กำหนดอาหาร ที่ ช่วยงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (137 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (51 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (40 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (12 รพ.)	รพ.เอกชน (17 รพ.)
1	134	45	37	10	16
	97.81	88.24	92.50	83.33	94.12
2	3	6	2		
	2.19	11.76	5.00		
3			1		
			2.50		
4				1	1
				8.33	5.88
11				1	
				8.33	

ตารางที่ 4.29 จำนวนนักสังคมสงเคราะห์หรือเทียบเท่า ที่ช่วยงาน Palliative care

จำนวนนักสังคม สงเคราะห์หรือเทียบเท่า ช่วยงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (15 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (17 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (41 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (14 รพ.)	รพ.เอกชน (4 รพ.)
1	13	16	37	11	4
	86.67	94.12	90.24	78.57	100.00
2	1	1	2	3	
	6.67	5.88	4.88	21.43	
3			1		
			2.44		
4	1				
	6.67				
6			1		
			2.44		

ตารางที่ 4.30 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ช่วยงาน Palliative care ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ที่ช่วยงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (78 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (32 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (9 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (1 รพ.)	รพ.เอกชน (4 รพ.)
1	21	11	5	1	
	26.92	34.38	55.56	100.00	
2	6	2	1		3
	7.69	6.25	11.11		75.00
3	4	1			1
	5.13	3.13			25.00
4	3				
	3.85				
5	9				
	11.54				
6	6				
	7.69				
7	6	1			
	7.69	3.13			
8	2	1			
	2.56	3.13			
9	2				
	2.56				
10	5	1			
	6.41	3.13			
11	3		1		
	3.85		11.11		
12	2	3			
	2.56	9.38			
13	3	1			
	3.85	3.13			
15	1	2			
	1.28	6.25			
16		3			
		9.38			
17		1			
		3.13			
18		1			
		3.13			
19		1	1		
		3.13	11.11		

จำนวนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ที่ช่วยงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (78 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (32 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (9 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (1 รพ.)	รพ.เอกชน (4 รพ.)
20	1	2			
	1.28	6.25			
21	1				
	1.28				
23			1		
			11.11		
30	1				
	1.28				
31	1				
	1.28				
38	0	1			
	0.00	3.13			
45	1				
	1.28				

ตารางที่ 4.31 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ร่วมปฏิบัติงาน Palliative care เป็นประจำ

จำนวนอาสาสมัคร สาธารณสุขที่ร่วม ปฏิบัติงาน Palliative care เป็นประจำ (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (37 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (15 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (9รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (0 รพ.)	รพ.เอกชน (0 รพ.)
1	8	3	3		
	21.62	20.00	33.33		
2	6	2	2		
	16.22	13.33	22.22		
3	3	1			
	8.11	6.67			
4	1		1		
	2.70		11.11		
5	2				
	5.41				
7		1			
		6.67			
8	2				
	5.41				
9	1				
	2.70				
10	4	3	2		
	10.81	20.00	22.22		
11		1			
		6.67			
12		1			
		6.67			
14	1				
	2.70				
17	1	1			
	2.70	6.67			
20	1				
	2.70				
22	1				
	2.70				
30	2				
	5.41				
36		1			
		6.67			
41	2				
	5.41				

จำนวนอาสาสมัคร สาธารณสุขที่ร่วม ปฏิบัติงาน Palliative care เป็นประจำ (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (37 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (15 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (9รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (0 รพ.)	รพ.เอกชน (0 รพ.)
51	2				
	5.41				
90			1		
			11.11		
92		1			
		6.67			

ตารางที่ 4.32 จำนวนอาสาสมัครผู้มีจิตอาสาที่ร่วมปฏิบัติงาน Palliative care

จำนวนอาสาสมัครผู้มีจิตอาสาที่ร่วมปฏิบัติงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (53 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (21 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (19 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและนอกสังกัดสป. (7 รพ.)	รพ.เอกชน (2 รพ.)
1	13	5	5	2	1
	24.53	23.81	26.32	28.57	50.00
2	7	2	1	1	1
	13.21	9.52	5.26	14.29	50.00
3	3	1	1		
	5.66	4.76	5.26		
4	2	1	1		
	3.77	4.76	5.26		
5	5		4	3	
	9.43		21.05	42.86	
6	2				
	3.77				
7	2	2			
	3.77	9.52			
8	3				
	5.66				
9	1				
	1.89				
10	4	5	2		
	7.55	23.81	10.53		
12	3				
	5.66				
13			1		
			5.26		
15	1				
	1.89				
17	1				
	1.89				
20	1	2	3	1	
	1.89	9.52	15.79	14.29	
30	1	1	1		
	1.89	4.76	5.26		
35	1				
	1.89				
50	1	1			
	1.89	4.76			

จำนวนอาสาสมัครผู้มีจิต อาสาที่ร่วมปฏิบัติงาน Palliative care (คน)	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ				
	รพ.ระดับ F1-F3 (53 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (21 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (19 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัยและ นอกสังกัดสป. (7 รพ.)	รพ.เอกชน (2 รพ.)
100	1				
	1.89				
150	1				
	1.89				
199		1			
		4.76			

ตารางที่ 4.33 อาสาสมัครภายนอกที่ไม่ใช่บุคลากรประจำเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลแบบ
ประคับประคองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

อาสาสมัครภายนอก	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
จำนวนรพ.ที่มีอาสาสมัคร ภายนอก	101 31.2%	34 41%	29 44.6%	8 33.3%	3 8.8%
1. เป็นบุคคลในชุมชนที่มีจิต อาสา	73 72.28%	28 82.4%	21 72.4%	7 87.5%	2 66.7%
2. เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาล	8 7.9%	5 14.7%	4 13.8%	4 50%	1 33.3%
3. ครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อน	24 23.76%	7 20.59%	7 24.14%	3 37.50%	1 33.33%
ไม่ระบุ	28	4	6	0	4

การได้รับการฝึกอบรมในด้าน palliative care

ตารางที่ 4.34 จำนวนและร้อยละการได้รับการฝึกอบรมด้าน palliative care ของบุคลากรที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

บุคลากร	การอบรม	จำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับ (ร้อยละ)				
		รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
แพทย์	ไม่ได้รับ	175 (52.71)	28 (32.94)	17 (26.56)	6 (26.09)	19 (65.52)
	ภายใน	21 (6.33)	10 (11.76)	6 (9.38)	4 (16.39)	3 (10.34)
	ภายนอก	120 (36.14)	40 (47.06)	28 (43.75)	9 (39.13)	5 (17.24)
	ทั้งภายใน และ ภายนอก	16 (4.82)	7 (8.24)	13 (20.31)	4 (17.39)	2 (6.9)
พยาบาล	ไม่ได้รับ	5 (1.51)	3 (3.53)	1 (1.56)	1 (4.35)	2 (6.9)
	ภายใน	40 (12.05)	5 (5.88)	5 (7.81)	3 (13.04)	8 (27.59)
	ภายนอก	217 (65.36)	59 (69.41)	24 (37.5)	8 (34.78)	13 (44.83)
	ทั้งภายใน และ ภายนอก	70 (21.08)	18 (21.18)	34 (53.13)	11 (47.83)	6 (20.69)
เภสัชกร	ไม่ได้รับ	164 (49.40)	32 (37.65)	23 (35.94)	12 (52.17)	27 (93.1)
	ภายใน	35 (10.54)	12 (14.12)	8 (12.5)	5 (21.74)	2 (6.9)
	ภายนอก	110 (33.13)	36 (42.35)	20 (31.25)	5 (21.74)	
	ทั้งภายใน และ ภายนอก	23 (6.93)	5 (5.88)	13 (20.31)	1 (4.35)	
บุคลากรด้าน อื่นๆ	ไม่ได้รับ	255 (76.81)	46 (54.12)	45 (70.31)	16 (69.57)	23 (79.31)
	ภายใน	46 (13.86)	29 (34.12)	7 (10.94)	4 (17.39)	3 (10.34)
	ภายนอก	24 (7.23)	7 (8.24)	3 (4.69)	1 (4.35)	2 (6.9)
	ทั้งภายใน และ ภายนอก	7 (2.11)	3 (3.53)	9 (14.06)	2 (8.7)	1 (3.45)
อาสาสมัคร	ไม่ได้รับ	260 (78.31)	53 (62.35)	38 (59.38)	20 (86.96)	28 (96.55)
	ภายใน	50 (15.06)	22 (25.88)	17 (26.56)	1 (4.35)	1 (3.45)
	ภายนอก	10 (3.01)	4 (4.71)	4 (6.25)	2 (8.7)	
	ทั้งภายใน และ ภายนอก	12 (3.61)	6 (7.06)	5 (7.81)		
ไม่ระบุ		20	2	1	1	9

ตารางที่ 4.35 หลักสูตรต่างๆ ที่โรงพยาบาลได้จัดให้บุคลากรได้รับการอบรม

หลักสูตร	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
อบรม 1-2 วัน	✓		✓
หลักสูตร 3 วัน	✓	✓	✓
หลักสูตร 4 วัน			✓
หลักสูตร 10 วัน		✓	✓
หลักสูตร 1 สัปดาห์	✓		
หลักสูตร 2 สัปดาห์	✓		✓
หลักสูตร 3 สัปดาห์		✓	
หลักสูตร 4 สัปดาห์		✓	✓
หลักสูตร 6 สัปดาห์	✓	✓	
หลักสูตร 8 สัปดาห์	✓	✓	✓
หลักสูตร 4 เดือน		✓	✓
Fellow ship จากต่างประเทศ	✓		
symptom management	✓		
Practical palliative care for general practitioners	✓		
Pain and Palliative care for Doctor	✓		
Essential in cancer pain management palliative care	✓		
การอบรมแพทย์ประจำบ้าน	✓		
การดูแลและการใช้ MO ในผู้ป่วยระยะท้าย	✓		✓
Basic palliative care for district hospital team	✓		
in-service training of Fam med	✓		
Communication skill	✓		
Basic certificate palliative medicine	✓		
Advanced of Palliative	✓		
อนุมัติบัตร EAM-MED	✓		
Workshop Palliative home care community participation	✓		
Clinical Palliative care for Community Nurse		✓	
หลักสูตรเผชิญความตายอย่างสงบ		✓	
หลักสูตร BCCPN		✓	
หลักสูตรการจัดการอาการและการประเมินผลลัพธ์		✓	
Advance course in PC		✓	
Intensive course in palliative care for nurse		✓	
Clinical Attachment for community Nurse		✓	
การสำรอง MO ไว้ในรพ.ในรูปแบบต่างๆ			✓
พัฒนาเครือข่ายเภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย			✓
Palliative Case for pharmacy			✓

หน่วยงานที่จัดการอบรม

1. จัดอบรมโดย รพศ./รพท แม่ข่ายตาม service plan palliative care
2. Fellowship ที่ USA
3. ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
5. กรมการแพทย์
6. ม.ศรีนครินทร์
7. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. รพ.รามธิบดี
9. รพ.ศิริราช
10. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. รพ.หาดใหญ่
12. รพ.พุทธชินราช
13. รพ.น่าน
14. รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต
15. รพ.หนองบัว
16. รพ.สวรรค์ประชารักษ์
17. รพ.ศูนย์เจ้าพระยามหาราช
18. รพ.เลย
19. รพ.ภูมิพล
20. รพ.พหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี
21. รพ.สุรินทร์
22. รพ.ลำปาง
23. รพ.มะเริงลำปาง
24. รพ.ม.นเรศวร
25. รพ.ยโสธร
26. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
27. รพ.พระปกเกล้า
28. รพ.เกื้อการุณย์
29. รพ.ภูมิพล
30. รพ.นครปฐม
31. รพ.ท่าช้าง

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดและคำนิยาม

ตารางที่ 4.36 จำนวนและร้อยละต่อข้อคิดเห็นต่อแนวคิดและคำนิยามของ Hospice care ว่า “การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย” ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

ข้อคิดเห็น	ระดับโรงพยาบาล				
	รพ.ระดับ F1-F3 (352 รพ.)	รพ.ระดับ M1-M2 (87 รพ.)	รพ.ระดับ S, A (65 รพ.)	รพ.มหาวิทยาลัย และนอก สังกัดสป. (24 รพ.)	รพ.เอกชน (38 รพ.)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	323 93.6%	76 89.4%	62 95.4%	21 91.3%	37 97.4%
เห็นด้วย ควรปรับปรุงบางส่วน	21 6.1%	8 9.4%	3 4.6%	2 8.7%	1 2.6%
ไม่เห็นด้วย	0	0	0	0	0
ไม่มีความจำเป็นต้องนิยาม	1 0.3%	1 1.2%	0	0	0
ไม่ระบุ	7	2	6	1	0

ข้อเสนอแนะ

1. นิยามอาจปรับให้เ้าคำว่า Palliative care ออกจากนิยาม เพราะอาจทำให้สับสนระหว่าง Hospice กับ Palliative care และหากเป็นช่วงระยะท้ายจริงๆ อยากให้ระบุระยะเวลาโดยคร่าวๆ ว่า prognosis ประมาณเท่าไร จึงควรจัดให้อยู่ใน Hospice care
2. สำหรับบริบทสังคมไทย อาจนิยามว่า Hospice เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบ PC โดยเป็นในช่วงวาระสุดท้าย (Terminal)
3. สร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว' ควรใช้ "และสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (หรือทุกมิติ) ของผู้ป่วยและครอบครัว" น่าจะชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น (ต่อจากองค์รวม) เพิ่ม : ครอบคลุมกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
4. แม้จะนิยามว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวม แต่ความเข้าใจของคนส่วนใหญ่เมื่อพูดถึงองค์รวมจะคิดถึง การดูแลจิต สังคมเป็นหลัก จึงควรเสริมความสำคัญของการดูแลจัดการอาการทางกาย เพื่อลดความทรมานร่วมกับการดูแลจิตใจและครอบครัว
5. การดูแลรักษาแบบองค์รวม"ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้อย่างเหมาะสมตามบริบทของรพ."
6. จุดมุ่งหมายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคือ ตายดี และควรสมศักดิ์ศรี
7. การพิจารณานิยามถึง Bereavement phase ควรได้พิจารณาอีกครั้งหนึ่งเพราะการดูแลน่าจะมีเป้าหมายต่างกัน
8. ระยะแรกหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement) ควรกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนอย่างไร บางครั้งปฏิบัติค่อนข้างยาก

ส่วนที่ 5 แผนงานในอนาคต

ตารางที่ 4.37 จำนวนโรงพยาบาลที่มีแผนพัฒนาหรือจัดให้มีบริการการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลภายใน 1-2 ปี

		ระดับโรงพยาบาล				
		รพ.ระดับ F1-F3	รพ.ระดับ M1-M2	รพ.ระดับ S, A	รพ.มหาวิทยาลัย และนอกสังกัดสป.	รพ.เอกชน
รพ.ที่ยังไม่มีบริการPC	จำนวน	6	0	0	2	25
	ร้อยละ	1.7%	0.0%	0.0%	7.7%	39.7%
มีแผนพัฒนาภายใน 1-2 ปี	จำนวน	4			1	14
	ร้อยละ	66.7			50.0%	56.0%
ไม่มีแผนพัฒนาภายใน 1-2 ปี	จำนวน	2			1	1
	ร้อยละ	33.3			50.0%	44.0%

เหตุผลที่ยังไม่มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. เป็นรพ.เปิดใหม่ยังมีไม่ครบทุกแผนก
2. ยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ความพร้อม
3. เนื่องจากเป็นรพ.เอกชน
4. ขาดสหสาขาวิชาชีพ
5. มีปัญหาค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาล
6. ยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน
7. เพิ่งเริ่มจัดตั้ง กำลังเตรียมความพร้อม
8. ยังไม่มีผู้ป่วยกรณีข้างต้นมากพอ
9. ไม่มีกลุ่มผู้ป่วยต้องการ Palliative Care
10. ยังไม่เป็นแนวทางที่ชัดเจน
11. มีทีมPCTดูแล แต่ไม่ได้ทำแนวทางชัดเจน
12. พยาบาล เจ้าของไข้ และ Family med. ให้การดูแลเฉพาะรายและครอบครัว มีการสรุปร่วมกันว่ายังไม่จำเป็นต้องจัดระบบ

13. ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลกำหนดเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย palliative ได้รับการดูแลแบบ palliative ร้อยละ 50 เช่น
 - อัตราการได้รับบริการ palliative care ตามแนวทาง
 - ผู้ป่วยที่แพทย์ระบุว่า palliative care และ PPS score น้อยกว่า 30 ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
 - ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
3. ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม
4. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับ Advance care plan Family meeting
5. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการประเมินด้วย PPS V2, ESAS, Pain score,
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
7. ร้อยละของผู้ป่วย PC ที่มีค่า PPS 10-30 ได้รับการเยี่ยมบ้านหลัง D/C ภายใน 24-48 ชม.
8. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี
9. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง
10. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง
11. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
12. รพ.มีโครงสร้างการทำงานครบตามองค์ประกอบ
13. (1.มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2.มีคณะกรรมการดำเนินงาน 3.มีสหวิชาชีพ)
14. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน UTI, Pneumonia, pneumonia sore
15. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านได้เสียชีวิตที่บ้าน
16. ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
17. อัตราการ Re admit หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน
18. ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ
19. ศูนย์ COC / PC ส่งต่อข้อมูล PC ภายใน 7 วัน
20. จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง (เดิม 10 วัน)
21. ผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

สรุปผล

1. นับถึงปี 2560 การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการจัดบริการแล้วในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่เริ่มต้นการให้บริการในกลุ่มนี้มากที่สุดในช่วงปี 2555-2558 ทั้งนี้ มักเริ่มต้นจากการมีพยาบาลที่ให้ความสนใจและมีการจัดตั้งทีม End of life care
2. บริการที่มากที่สุดคือ การรับปรึกษากรณีผู้ป่วยใน
3. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังคงเป็นมะเร็งระยะท้ายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การให้การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก มักพบในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก
4. การจัดทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านหรือในชุมชนจะพบได้น้อยกว่าในกลุ่มโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ
5. โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการตั้งคณะกรรมการแบบสหสาขาวิชาชีพขึ้นมาดูแลงาน และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้นมาใช้ในโรงพยาบาล
6. บุคลากรหลักในการให้การดูแลแบบประคับประคองคือพยาบาลมากที่สุด ในส่วนของแพทย์ ผู้รับผิดชอบมักเป็นสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในขณะที่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีแนวโน้มในการให้วิสัญญีแพทย์เข้าปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น
7. การใช้อาสาสมัครหรือกลุ่มจิตอาสาสามารถร่วมให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบได้ราวร้อยละ 30-45 ในกลุ่มโรงพยาบาลของรัฐ โดยเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อนประมาณร้อยละ 20-37

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก : ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลและข้อคิดเห็นของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย

แบบสอบถามข้อมูลและข้อคิดเห็นของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบ และรูปแบบ ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย
2. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 คำถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (2) การจัดบริการ (3) บุคลากรและทีมผู้ปฏิบัติงาน (4) ข้อคิดเห็นต่อแนวคิด และค่านิยม และ (5) แผนงานในอนาคตของโรงพยาบาล
3. ข้อมูลจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาข้อกำหนดและแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในภาครัฐและเอกชน ของประเทศไทย
4. ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามจะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมของประเทศ โดยไม่สามารถระบุตัวของท่านในฐานะผู้ให้ข้อมูลได้ และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่าน

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อประโยชน์ในการติดต่อประสานงาน กรณีข้อมูลที่ไม่ชัดเจน

	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์
ส่วนที่ 1			
ส่วนที่ 2			
ส่วนที่ 3			
ส่วนที่ 4			
ส่วนที่ 5			

หากท่านประสงค์ในติดต่อผ่านผู้ประสานงานเพียงท่านเดียว โปรดระบุ

ชื่อ-นามสกุล: _____	หน่วยงาน: _____
โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก: _____	e-mail: _____

ขอขอบคุณสำหรับข้อมูล

ผู้ประสานงาน น.ส.พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ 087-927-4977

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

1. กลุ่มและประเภทของโรงพยาบาล

- 1.1. ที่ตั้ง: ☐ (1) พื้นที่กรุงเทพมหานคร ☐ (2) พื้นที่จังหวัดปริมณฑล.
☐ (3) ต่างจังหวัด ในอำเภอเมืองหรืออำเภอที่มีประชากรมากที่สุดของจังหวัด
☐ (4) ต่างจังหวัด ในอำเภออื่นที่ไม่ใช่อำเภอเมืองหรืออำเภอที่มีประชากรมากที่สุด

1.2. โรงพยาบาลของท่านจัดเป็นโรงพยาบาลในกลุ่มหรือสังกัดใด

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.)	โรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ
☐ (1) รพ.ชุมชน ระดับ F1-F3	☐ (11) รพ.มหาวิทยาลัย
☐ (2) รพ.ชุมชนแม่ข่าย ระดับ M2	☐ (12) รพ.สังกัดของกระทรวงกลาโหม
☐ (3) รพ.ทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1	☐ (13) รพ.สังกัดของสภากาชาดไทย
☐ (4) รพ.ทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S	☐ (14) รพ.สังกัดของกรุงเทพมหานคร
☐ (5) รพ.ศูนย์ ระดับ A	☐ (15) รพ.รัฐสังกัดอื่นๆ _____
☐ (6) รพ. ตติยภูมิในสังกัดกรมการแพทย์	☐ (16) รพ.เอกชนของมูลนิธิ / องค์การศาสนา
☐ (7) รพ. ศูนย์มะเร็งในสังกัดกรมการแพทย์	☐ (17) รพ.เอกชนในรูปแบบบริษัทเอกชน
☐ (8) รพ. กสธ.สังกัดอื่น ระบุ _____	☐ (18) รพ.กลุ่มอื่นๆ ระบุ _____

2. สถิติของโรงพยาบาล

2.1. จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ ณ 1 มกราคม 2560: _____ เตียง

2.2. จำนวนผู้ป่วยในปี 2559: 1) ผู้ป่วยนอก _____ ครั้งต่อปี
 2) ผู้ป่วยใน _____ รายต่อปี

2.3. กลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรกของการดูแลแบบผู้ป่วยในโดยทั่วไป ได้แก่ โรคใด

	รหัส ICD-10 (ถ้ามี)
☐ (1)	
☐ (2)	
☐ (3)	
☐ (4)	
☐ (5)	

ส่วนที่ 2 การจัดบริการ

3. จุดเริ่มต้นของการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3.1. โรงพยาบาลมีการให้บริการที่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือไม่:

☐ (1) ไม่มี เพราะเหตุใด _____ [โปรดข้ามไปตอบ **ส่วนที่ 5**]

☐ (2) มี [โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามในลำดับต่อไป]

3.2. โรงพยาบาลเริ่มจัดให้มีการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เมื่อประมาณปี พ.ศ.: ปี 25_____

3.3. ท่านเห็นว่าช่วงเวลาดังกล่าวตามข้อ 3.2 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในโรงพยาบาลของท่านเพราะเหตุใด: (กรุณาเลือกตอบเพียงข้อเดียว)

- ☐ (1) เริ่มมีพยาบาลสนใจ สมัครใจทำงานให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- ☐ (2) มีการกำหนดภาระงาน และจัดสรรพยาบาลเพื่อให้ Palliative care เป็นครั้งแรก
- ☐ (3) มีการจัดสรรพยาบาลอย่างน้อย 1 คน เป็นพยาบาล Palliative care แบบ Full-time
- ☐ (4) เริ่มมีแพทย์อาสา หรือได้รับมอบหมาย ให้เข้ามาดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- ☐ (5) มีการจัดตั้งทีม End-of-life care หรือ Palliative care ขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาและประสานการให้การดูแลผู้ป่วย
- ☐ (6) โรงพยาบาลมีการประกาศ นโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือด้านการดูแลแบบประคับประคอง
- ☐ (7) มีการจัดตั้งศูนย์ หรือหน่วยงานเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือ Palliative care
- ☐ (8) อื่นๆ โปรดระบุ _____

4. การเข้าถึงและการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

4.1. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของท่าน ประกอบด้วย: (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) การส่งปรึกษา Palliative care สำหรับผู้ป่วยใน
- ☐ (2) การส่งปรึกษา Palliative care สำหรับผู้ป่วยนอก
- ☐ (3) Palliative care หรือ Hospice bed ที่จัดพื้นที่เฉพาะไว้ในหอผู้ป่วยในทั่วไป
- ☐ (4) หอผู้ป่วยเพื่อ Palliative care หรือ Hospice ward โดยเฉพาะ [จำนวน ____ เตียง]
- ☐ (5) Palliative clinic โดยเฉพาะ เป็นส่วนหนึ่งของคลินิกผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วย
- ☐ (6) นัดหมายให้ผู้ป่วยระยะท้ายไปติดตามการรักษาที่ Pain clinic
- ☐ (7) การติดตามดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยทีม Palliative care/ ทีม home care
- ☐ (8) การรับปรึกษาทางโทรศัพท์ (สายด่วน) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
- ☐ (9) อื่นๆ โปรดระบุ _____

- 4.2. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลของท่านสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้อย่างไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ แต่กรุณาประมาณสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการตามทางเลือกนั้นๆ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด ด้วย)

	สัดส่วน %
☐ (1) ส่งปรึกษาทีม Palliative care ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอง	
☐ (2) ส่งปรึกษาทีม Palliative care ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ	
☐ (3) ส่งปรึกษาทีม Palliative care ระหว่างรักษาเป็นผู้ป่วยนอก/ห้องฉุกเฉิน	
☐ (4) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	
☐ (5) ผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นผู้ขอปรึกษาหรือขอทางเลือก	
☐ (6) เป็นผลจาก Multi-disciplinary meeting เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วย เช่น Tumor conference	
☐ (7) ช่องทางอื่นๆ โปรดระบุ	

- 4.3. กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายของการให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในปัจจุบันของโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่นับเป็นเป้าหมายหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้าย
- ☐ (2) ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ในระยะท้าย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

โดยกลุ่มโรค 3 อันดับแรก ได้แก่:

1
2
3

- ☐ (3) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้าย
- ☐ (4) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในทุกระยะ (ไม่เจาะจงว่าเป็นระยะท้าย)
- ☐ (5) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ในระยะท้าย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

1	2
3	4
5	

- ☐ (6) ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ที่เข้าสู่ระยะท้าย และต้องการขอให้ย้ายออก ICU
- ☐ (7) ผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะท้ายและไม่สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้
- ☐ (8) ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ _____

4.4. อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ของผู้ป่วยระยะท้าย
(สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

	รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี):
☐ (1) ยังไม่มีใครรู้จักงานด้าน Palliative care	
☐ (2) ยังไม่มีแพทย์ที่สนใจงานด้าน Palliative care	
☐ (3) แพทย์ยังเห็นว่า Palliative care ใช้กับผู้ป่วยสิ้นหวัง	
☐ (4) แพทย์เจ้าของไข้ ไม่ส่งปรึกษาทีม Palliative care	
☐ (5) ยังไม่มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้าน Palliative care	
☐ (6) พยาบาลในหอผู้ป่วย ยังไม่เข้าใจ Palliative care	
☐ (7) ทีม Palliative care มีภาระงานมาก ดูแลไม่ทั่วถึง	
☐ (8) ผู้ป่วยและญาติ ไม่เข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง	
☐ (9) ญาติใกล้ชิดไม่ยินยอมให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย	
☐ (10) ญาติยังเกรงปัญหาของการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน	
☐ (11) งาน Palliative care เป็นภาระค่าใช้จ่ายของ รพ.	
☐ (12) รพ. ไม่มีนโยบายหรือแนวทางด้าน Palliative care	
☐ (13) เกรงว่าการจัดการดูแลระยะท้ายจะกลายเป็นการดูแลระยะยาว หรือ Nursing home	
☐ (14) ทีมงานยังมีความสับสนเรื่องการที่ผู้ป่วยขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Natural death)	
☐ (15) ยังมีอุปสรรคเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยถูกรักษาแบบยืดความตาย	
☐ (16) รพ. ยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการส่งปรึกษาหรือเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง	
☐ (17) ทีม Palliative care ไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ หรือทันกาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย	

5. การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

5.1. โรงพยาบาลของท่าน กำหนดให้มีคณะกรรมการ หรือมีทีมงานที่ได้รับแต่งตั้งอย่างเป็นทางการในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้าย หรือไม่ อย่างไร

☐ (1) ไม่มีคณะกรรมการ

☐ (2) มี กรรมการจำนวน _____ ท่าน โดยเป็น

☐ กรรมการสหสาขาวิชาชีพระดับโรงพยาบาล

☐ คณะอนุกรรมการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการของโรงพยาบาล

☐ คณะกรรมการ/คณะทำงานภายในฝ่าย โปรดยระบุฝ่าย.....

5.2. โรงพยาบาลของท่านมีการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนหรือไม่ อย่างไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) ทีม Palliative care ของโรงพยาบาลติดตามให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านเอง
- ☐ (2) ให้ทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ตามเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย
- ☐ (3) ส่งต่อให้กับทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ของสถานพยาบาลใกล้บ้านผู้ป่วย
- ☐ (4) ส่งผู้ป่วยกลับไปให้กับโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา ไปดำเนินการต่อ
- ☐ (5) นัดติดตามผลกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลให้กลับมารับการรักษารับยาเป็นระยะ
- ☐ (6) มีกำหนดเวลาเพื่อโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วย โดยทีมงานที่ได้รับมอบหมาย
- ☐ (7) จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยจะไปเลือกรับบริการต่อเนื่องเอง
- ☐ (8) อื่นๆ ระบุ _____

5.3. โรงพยาบาลของท่านมีการใช้แนวทาง (Guideline) สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายหรือไม่ อย่างไร สำหรับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

- ☐ (1) พัฒนาแนวทางขึ้นใช้เองในโรงพยาบาล โดยอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลวิชาการ
- ☐ (2) อ้างอิงใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีสถาบันอื่นทำขึ้น ได้แก่ _____
- ☐ (3) ยังไม่มีการจัดทำหรือใช้แนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

5.4. โรงพยาบาลของท่านมีการใช้แนวทาง (Guideline) สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายหรือไม่ อย่างไร สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชน

- ☐ (1) พัฒนาแนวทางขึ้นใช้เองในโรงพยาบาล โดยอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลวิชาการ
- ☐ (2) อ้างอิงใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีสถาบันอื่นทำขึ้น ได้แก่ _____
- ☐ (3) ยังไม่มีการจัดทำหรือใช้แนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

6. ตัววัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

6.1. โรงพยาบาลของท่าน มีการติดตามตัววัดที่สำคัญที่สุดอะไรบ้าง (ไม่เกิน 5 ตัว) เพื่อใช้ในการทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้าย

ตัววัด	สถิติในปีงบประมาณ 2559 (ร้อยละ)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

ส่วนที่ 3 บุคลากรและทีมผู้ปฏิบัติงาน

7. ทีมบุคลากรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้าย

7.1. ในปัจจุบัน บุคลากรของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายหรือมีจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีใครบ้าง อย่างไร

	จำนวน
แพทย์ปฏิบัติงาน Full-time เฉพาะด้าน Palliative care (>70% ของเวลาปฏิบัติงาน) → โปรดระบุสาขา : _____ _____ _____	
แพทย์ปฏิบัติงาน Part-time สำหรับงาน Palliative care ☐ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ☐ วิสัญญีแพทย์ ☐ แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ระบุ _____ ☐ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	
พยาบาล Palliative care ปฏิบัติงาน Full-time	
พยาบาล Palliative care ปฏิบัติงาน Part-time	
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรม (PCWN)	
เภสัชกรที่ได้รับการอบรม Palliative care	
เภสัชกรช่วยงานด้าน Palliative care แต่ยังไม่ได้รับการอบรม	
นักจิตวิทยา	
โภชนากร หรือนักกำหนดอาหาร	
นักสังคมสงเคราะห์ หรือเทียบเท่า (โปรดระบุ _____)	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	
อาสาสมัครสาธารณสุข (เฉพาะที่ร่วมปฏิบัติหน้าที่ด้าน Palliative care เป็นประจำ)	
อาสาสมัครหรือผู้มีจิตอาสา:	

7.2. โรงพยาบาลของท่าน มีอาสาสมัครที่ไม่ใช่บุคลากรประจำ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายบ้างหรือไม่ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) ไม่มีการใช้อาสาสมัครภายนอก
- ☐ (2) บุคคลทั่วไปในชุมชนที่มีจิตอาสา
- ☐ (3) บุคคลที่เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มีจิตอาสา
- ☐ (4) บุคคลที่เคยเป็นครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อน

จำนวน

7.3. บุคลากรที่ถือว่าเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้รับการฝึกอบรมในด้าน Palliative care จากแหล่ง ภายในหรือภายนอกโรงพยาบาล อย่างไรบ้าง

☐ ยังไม่ได้รับการอบรม

☐ ได้รับการอบรม

การฝึกอบรม:	ภายใน	ภายนอก	รายละเอียด
แพทย์	☐ ได้รับ	☐ ได้รับ	
พยาบาล	☐ ได้รับ	☐ ได้รับ	
เภสัชกร	☐ ได้รับ	☐ ได้รับ	
บุคลากรอื่นๆ	☐ ได้รับ	☐ ได้รับ	
อาสาสมัคร	☐ ได้รับ	☐ ได้รับ	

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นต่อแนวคิด และคำนิยาม

8. "ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับนิยามเชิงปฏิบัติของ "Hospice care" ดังต่อไปนี้

Hospice care หรือ การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย หมายถึง "การให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตด้วยรูปแบบการดูแลรักษาแบบองค์รวม ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้อย่างเหมาะสม โดยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิต (Terminal phase) รวมถึงในระยะแรกหลังของการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement phase)"

☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เห็นด้วย แต่ควรปรับปรุงบางส่วน ดังที่ระบุในช่องว่างด้านล่างนี้

☐ ไม่เห็นด้วย ควรนิยามใหม่ ดังที่ระบุในช่องว่างด้านล่างนี้

☐ ไม่เห็นด้วย ไม่มีความจำเป็นต้องนิยามสำหรับ Hospice care ในประเทศไทย

.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 5 แผนงานในอนาคตของโรงพยาบาล (เฉพาะโรงพยาบาลตอบ "ไม่มี" ในข้อ 3.1)

9. โรงพยาบาลของท่านมีแผนพัฒนาหรือจัดให้มีบริการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลหรือต่อเนื่องไปที่บ้านของผู้ป่วยภายใน 1-2 ปีนี้หรือไม่

☐ มี

☐ ยังไม่มี