

Original Article

นิพนธ์รัตน์ฉบับ

ภาพความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ไพบูลย์ เชียงจิน

โรงพยาบาลแม่จัน เชียงราย

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลแม่จันเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ธันวาคม 2553 จนถึงปัจจุบัน ผลลัพธ์การดำเนินงานที่ผ่านมาใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเป็นตัวชี้ความสำเร็จ ซึ่งไม่สะท้อนประสิทธิผลครบถ้วน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานวิจัยเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง ด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ตั้งแต่กรกฎาคม 2554 ถึงพฤศจิกายน 2555 ผลการวิจัย **ผลลัพธ์ความสำเร็จ** ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานคือผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสุขภาพ ดำเนินชีวิตได้ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา โดยมีกระบวนการดูแลที่คาดหวัง 1) การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก 2) วิธีการที่หลากหลายในการค้นหาปัญหา/ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย/ครอบครัว 3) การดูแลแก้ไขปัญหาด้วยจิตใจที่เอื้ออาทร มีผู้ประสานงานหลัก มีแนวทางสื่อสารชัดเจนในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเชื่อมโยงข้อมูลสู่ชุมชน และองค์กรสวัสดิการสังคมสนับสนุนอย่างยั่งยืน **ผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวัง** 1) ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ทันเวลา 2) ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน 3) ผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกในการดำเนินชีวิต 4) ครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการสูญเสีย 5) ผู้ป่วยยากไร้ได้รับการช่วยเหลือด้านสังคมอย่างต่อเนื่อง 6) ผู้ป่วย/ครอบครัวพึงพอใจต่อระบบบริการ

สรุป ผลลัพธ์ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา โดยมีระบบการดูแลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ องค์กรสวัสดิการด้านสังคม และชุมชน เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ทันเวลาและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, มุมมองของผู้ปฏิบัติงาน, ความสำเร็จ

บทนำ

ข้อมูลสถิติกลุ่มสาเหตุการเสียชีวิตของประเทศไทยในช่วงปีพ.ศ.2550-2554 ที่จัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุ

อันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรคมะเร็ง (neoplasms) โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยปี 2554 อยู่ที่อัตรา 95.2 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง (palliative

care) โดยมีเครือข่าย palliative care ในโรงเรียนแพทย์ดำเนินงานพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลแม่จัน เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ห่างจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด 30 กิโลเมตร รับผิดชอบดูแลประชาชน จำนวน 151,385 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ในเครือข่ายบริการ รวม 25 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ อำเภอแม่จัน 17 แห่ง อำเภอแม่ฟ้าหลวง 8 แห่ง ปัจจุบันอยู่ในช่วงพัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ระดับ M2 ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ 2555-2559) มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 7 คน กุมารแพทย์ 2 คน แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2 คน อายุรแพทย์ 1 คน และวิสัญญีแพทย์ 1 คน โดยมี 3 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยรวมชาย หอผู้ป่วยรวมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษรวม ยังไม่ได้แยกหอผู้ป่วยตามแผนก มีห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกรวม ยังไม่ได้แยกแผนกเฉพาะทาง

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแม่จันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่สำคัญ มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้าน palliative care โดยร่วมเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงรายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ธันวาคม 2553 จนถึงปัจจุบัน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้าน palliative care ในโรงพยาบาลแม่จัน

คณะทำงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยในหอละ 1 คน พยาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งดูแลเรื่องสุขภาพจิตร่วมด้วย 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และโภชนากร 1 คน มีวิสัญญีแพทย์เป็นที่ปรึกษาเรื่องการควบคุมอาการปวด (pain control) มีพยาบาลหัวหน้างานสุขภาพจิตเป็นผู้ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก

เมื่อวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตามรูปแบบ care process ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(สรพ.)⁽²⁾ คือ การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ → การประเมินผู้ป่วย → การวางแผนการดูแลผู้ป่วย → การดูแลผู้ป่วย → การให้ข้อมูลและเสริมพลัง → การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลแม่จันมีการกำหนดผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน มีการพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาและอาการรบกวน มีแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ด้าน palliative care ดูแลร่วมกัน มีการสนับสนุนชุดอุปกรณ์ให้ออกซิเจนที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยยากไร้ที่มีอาการหายใจเหนื่อยตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนต่อเนื่องที่บ้าน

การวัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่ผ่านมา นั้น ใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการให้บริการเป็นตัวชี้ความสำเร็จ ซึ่งอาจไม่สะท้อนประสิทธิผลครบถ้วน จึงควรต้องวางแผนและกำหนดการประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการให้ครอบคลุมครบถ้วน ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ตั้งแต่ กรกฎาคม 2554 ถึง พฤศจิกายน 2555 คือรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน วิธี 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ในโรงพยาบาลแม่จัน ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2554 2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 1 ครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง ในสมาชิกทีมทำงานด้าน palliative care ซึ่งทำหน้าที่กำหนดรูปแบบกิจกรรมของการดูแล ผู้ป่วยด้าน palliative care ในโรงพยาบาลแม่จัน ประกอบด้วย พยาบาลหอผู้ป่วยใน 3 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก 1 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และ เภสัชกร 1 คน ทุกคนเป็นสมาชิกทีมมาอย่างน้อย 2 ปี โดยประเด็นสนทนาคือผลลัพธ์ความสำเร็จของงาน palliative care ในมุมมองของแต่ละคน การดำเนินงานที่ผ่าน

มาสอดคล้องกับผลลัพธ์นั้นอย่างไร รวมถึงอะไรเป็นปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการไปให้ถึงผลลัพธ์นั้น 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth semi-structure interview) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลในบทบาทแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมการรักษาโดยถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมุมมองต่อผลลัพธ์ความสำเร็จของงาน palliative care โดยสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกได้จัดบันทึกและทวนสอบยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลมาอ่านอย่างละเอียด เพื่อทำความเข้าใจ จัดหมวดหมู่ ติความและเชื่อมโยงข้อมูลให้เห็นเป็นภาพการดูแลในรูปแบบ care process

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา

จากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ทุกคนมีความคิดเห็นตรงกันว่า การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา เป็นสิ่งที่อยากให้เกิดกับผู้ป่วยทุกคน เป็นภาพสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยด้าน palliative care สำเร็จ โดยคิดว่าการดูแลทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญ

“ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คนไข้สบายใจที่สุด มีความสุข ไม่ทุกข์ น่าจะเป็นเรื่องของจิตใจมากกว่า แต่ก็อาจวัดยาก แต่ละคนไม่เหมือนกัน”

“ดูแลระยะสุดท้าย ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะเป็นได้ เช่น เกิด pain ก็ลด pain หรือมีปัญหา ค้างคาอะไรในใจก็ให้เคลียร์กัน”

องค์ประกอบหลักที่จะทำให้ผลลัพธ์ความสำเร็จเป็นจริง

ปัญหา/ความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

“ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือหาทางออกในเรื่องปัญหาต่าง ๆ ที่เจออยู่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเลือกแนวทางเผชิญปัญหานั้น ๆ เอง”

“ความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองในบริบทที่เราช่วยเหลือได้”

การช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา และการทำความเข้าใจของผู้ป่วยให้สำเร็จ เป็นองค์ประกอบหลักที่ผู้ปฏิบัติงานคิดว่าจะทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ตามที่คาดหวัง โดยเริ่มจาก **ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว** เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการช่วยเหลือในขณะที่ยังสามารถตัดสินใจและทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองได้ ควรมีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกเนื่องจากปัจจุบันเป็นแบบตั้งรับ หากผู้ป่วยไม่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลด้าน palliative care **การค้นหาปัญหาและความปรารถนาของผู้ป่วย/ครอบครัวต้องครอบคลุม** ซึ่งบางส่วนได้ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง แต่บางส่วนได้จากการสังเกตอาการ/พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา โดยแบบหลังนี้การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และผู้ป่วยเชื่อใจจะทำให้ได้ข้อมูลที่ดี ดังนั้นข้อมูลควรมาจากหลาย ๆ ทางแล้วนำมาสรุปร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย/ครอบครัว

“จริง ๆ ควรมีการบวกรับการค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ผ่านการพูดคุยโดยบุคคลหลาย ๆ กลุ่ม แล้วนำมา discuss ร่วมกัน”

“แพทย์น่าจะต้องเป็น leader เพราะมีความรู้เรื่องโรค รู้ prognosis ดีที่สุดแล้ว น่าจะ approach เรื่องจิตใจเป็น ตัวเอง (แพทย์) ยังทำได้ไม่ค่อยดี ยังไม่ดีพอ อยากทำแต่ภาระงานมาก ไม่ค่อยมั่นใจเคยเรียนตอน fam med (เวชศาสตร์ครอบครัว) 1 ชั่วโมงไม่เคย practice เลย”

“แพทย์มีความน่าเชื่อถือ มี power ทำหลายงาน แต่ขาดเวลา พยาบาลวิชาชีพน่าจะทำได้ดีกว่า เพราะ

มีเวลามากกว่า มีมุมมองกว้าง รู้เรื่องโรคพอสมควร มีเครือข่ายกว้างกว่าแพทย์ สามารถ deal กับหน่วยงานต่าง ๆ ได้ดีกว่าแพทย์ อาจเพราะบุคลิกพวกเค้า เป็นแบบนั้น ดูเป็นมิตร”

“การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน ก็เป็นการไปเห็นสภาพที่อยู่อาศัยจริง ก็ให้เห็นปัญหาการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจริง ๆ อาจไม่ใช่อย่างที่เรารู้อา ๆ กันในโรงพยาบาล”

“ญาติคนไข้ น่าจะเป็นตัวหลัก เพราะอยู่กับคนไข้ ตลอด จะค่อย ๆ ค่อยได้มากกว่า เหมือนมีเวลามากกว่า”

“คนในชุมชนก็สำคัญ เขามีกระบวนการที่ลึกซึ้ง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเรา”

นอกจากการสรุปข้อมูลร่วมกันแล้วยังแสดงการขาดความเชื่อมั่นของผู้ปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการปรับพื้นฐานความรู้และทักษะของทีมเพื่อบริการและส่งเสริมความสัมฤทธิ์ผล

กระบวนการการดูแลรักษา และช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ควรเริ่มจากทุก ๆ คนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งคนในครอบครัว คนในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร ใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ครอบครัว

“เครือข่ายทางสังคมยังไม่ support ช่วยเหลือผู้ป่วยแบบระยะยาว ที่เป็นอย่างนี้เพราะเขาไม่เข้าใจ ยังไม่มีความเอื้ออาทรในจิตใจที่แท้จริง”

“อยากให้คนในโรงพยาบาลทุกคนมีความใส่ใจในความรู้สึกของคนไข้ บางคนเขาก็ทำอยู่แต่ไม่รู้ตัว”

“Heath care provider อย่างน้อยคนที่ต้องได้เจอคนไข้ ได้สัมผัส ควรเข้าใจ พร้อมทั้งจะทำด้วยความเต็มใจ”

การดูแลรักษา ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามา ร่วมกันวางแผนเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว (advance palliative care plan) การกำหนดบุคคลที่ชัดเจนเพื่อรับคำปรึกษา และประสานงานจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

“มีการเจาะจงผู้รับผิดชอบก็ดี ซึ่งอาจรู้งานมาก

กว่าเรา มีประสบการณ์การดูแลมากกว่า”

“อยากให้เป็นทีมเฉพาะ ไม่ใช่พึ่งแค่คน ๆ เดียว อย่างคนนี้ไม่อยู่ คนนั้นก็สามารภมาประเมินได้ ไม่ใช่ต้องรอคนคนเดียว”

การที่ทุกคนตระหนัก และใส่ใจในการจัดการปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการมีแนวทางที่ชัดเจนในการสื่อสารปัญหา และความก้าวหน้าของการดูแล ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทันเวลา

“น้องทีวอร์ด (พยาบาล) ยังขาดความตระหนัก ห่วงเรื่องการประเมิน จะกังวลเขียนชาร์ตให้ครบ ไม่ได้นำผลประเมินมาดูแลผู้ป่วยต่อ อย่างเขียนว่า ประเมิน pain score ได้ 5 พอถามว่าทำอะไรให้คนไข้บ้าง ก็บอกว่ายังไม่ได้ทำ”

“ระบบงานตอนนี้ยังไม่ครอบคลุม บางคนรู้ บางคนไม่รู้ ขาดการเชื่อมต่องานระหว่างทีม ถ้าทุกคนตระหนักจริงแล้วผู้ป่วยมีอาการปวด ก็ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์เลย ไม่ต้องรอ”

“เท่าที่เห็นวาระบบงานมัน work ใหม่ ก็จะต้องดูที่ ว่าพยาบาลมี action อะไรให้กับผู้ป่วย มีข้อเสนอแนะให้กับเรา(แพทย์) ใหม่ มี progress เรื่อง palliative ให้เรา”

“อยากให้มีการประเมินผลการดูแลรายบุคคล เอาเวทีนี้ (การประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแม่จัน) นัดกันทุกเดือน แล้วนำข้อมูลการเยี่ยมบ้าน กับผู้ป่วยที่ admit ในรอบเดือนนั้น มาพูดกัน”

ผู้ป่วยบางส่วนต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน การดูแลต่อเนื่องจึงสำคัญ หน่วยบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ดังนั้นการเชื่อมโยงข้อมูลไปให้ทีม รพ.สต ต้องชัดเจน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

“การเชื่อมต่องานไปในชุมชนยังไม่ดี ไม่เห็นชัด”

“เราอยากให้เขา (ทีม รพ.สต) ไปเยี่ยมบ้าน แต่บางที่เขาไปไม่ได้ ไม่รู้ว่าเพราะอะไร ไม่รู้ว่างานเขา

เยอะ หรือระบบงานอะไรของเขา”

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการซักถามประเมินอาการรบกวนจากแพทย์ โดยอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวได้ลดลง มักเกิดจากอาการปวด อาการหายใจเหนื่อย และอาการเพสีย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต โดยอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวได้เพิ่มขึ้นเช่น รถเข็นนั่งสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ชุดอุปกรณ์ให้ออกซิเจนสำหรับลดอาการหายใจเหนื่อย และอุปกรณ์การแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวได้ลดลง เช่น ที่นอนป้องกันแผลกดทับ ดังนั้นควรมีศูนย์ข้อมูล และผู้ประสานงานเรื่องอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นที่มีอยู่ใน

โรงพยาบาล ในรพ.สต และในพื้นที่ ทั้งในด้านจำนวนที่เหมาะสม และแนวทางในการประสานงานเบิกยืม เพื่อสามารถสนับสนุนให้กับผู้ป่วยได้ทันเวลา นอกจากนี้หากสามารถสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลืองได้ เช่น ค่าเติมก๊าซออกซิเจน จะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์การแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องและเต็มประสิทธิภาพ

“อย่าง อบต.(องค์การบริหารส่วนตำบล) ก็สนับสนุนได้พวก wheel chair หรือพวกถังออกซิเจนให้ครั้งเดียวจบ แต่ถ้าเป็นพวกต้องเติมออกซิเจนเรื่อยๆ อบต.เองก็ไม่มีเงินตรงนี้ เราเอง (โรงพยาบาล) ก็ไม่ไหว”

“อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น แพทย์ไม่จำเป็นต้อง

ตารางที่ 1 องค์ประกอบหลักที่จะทำให้เกิดภาพความสำเร็จในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน

กระบวนการดูแลที่คาดหวัง	ผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวัง
<p>ปัญหา/ความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้าน palliative care ได้เร็ว</p> <p>2. การดูแลเรื่องโรคและอาการรบกวน - ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากโรคและภาวะแทรกซ้อน</p> <p>3. การดูแลทางด้านจิตใจ - ผู้ป่วยมีมุมมองด้านบวก และกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป - มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี - ครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างดี</p> <p>4. การช่วยเหลือทางด้านสังคม - ผู้ป่วย/ครอบครัวที่ยากไร้ ได้รับการช่วยเหลือทางด้านสังคมและทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน</p> <p>5. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ</p> <p>6. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ตามที่ปรารถนา</p>
<p>1. มีกระบวนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก</p> <p>2. ค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย/ครอบครัว</p> <p>- ข้อมูลรวบรวมจากหลากหลายทางทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว ทีมผู้ดูแล และคนในชุมชน</p> <p>3. การดูแลรักษาและช่วยเหลือต่อปัญหาที่ค้นพบมีประสิทธิภาพ</p> <p>- ทุกคนที่เกี่ยวข้องรอบตัวผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ เอื้ออาทร</p> <p>- เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ครอบครัว</p> <p>- มีการพัฒนาพื้นฐานวิชาการของทีม</p> <p>- มีบุคคลรับปรึกษา และเป็นผู้ประสานงานหลักที่ชัดเจน</p> <p>- มีแนวทางที่ชัดเจนในการสื่อสารปัญหา และความก้าวหน้าของการดูแล ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>- ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นทันเวลาและต่อเนื่อง</p> <p>- องค์กรภายนอกด้านสังคมเข้ามามีส่วนร่วม และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น</p>	

รู้ว่าต้องติดต่อใครหรือ เพราะแพทย์มันเวียนไปเรื่อย
แค่มีคนในโรงพยาบาลก็น่าจะเป็นพยาบาล เป็นคน
ประสานงานหลักให้”

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ มักมี
ปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ได้แก่โรง-
พยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญประชาชนุเคราะห์ศูนย์มะเร็งลำปาง
และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อีกทั้งตัวผู้ป่วย
ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม จึงควรสื่อสาร
ความต้องการการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ให้กับเครือข่าย
ภาคสังคมเข้ามาร่วมกันดูแล เพื่อสนับสนุนทรัพยากรที่
จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างมี
คุณภาพ

“ผู้ป่วยที่น่าห่วงคือผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ จะลำบาก”

“ที่ผ่านมามีโรงพยาบาลมีกองทุนสำหรับผู้ป่วยยากไร้
นะ แต่ก็ได้เป็นครั้ง ๆ ครั้งละแปดร้อยบ้าง หนึ่งพัน
บ้าง พอค่ารถกลับบ้านอะไรอย่างนั้น”

“บางครั้งการขออนุมัติเบิกจ่ายเงินก็ยุ่งยาก
บางทีก็ไม่เบิกเลย คิดว่าเป็นทำบุญดีกว่า”

“บางครั้งพวกเขา (องค์กรภายนอก) ก็อยากจะช่วย
แต่เขาไม่มีช่องทาง เขาไม่รู้ว่าเราต้องการให้เขาช่วย
อะไรบ้าง เพราะงั้นเราก็ต้องมีข้อมูล มีระบบที่ชัดเจน”

จากข้อค้นพบข้างต้นสามารถสรุปได้ ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

ภาพความสำเร็จ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน
สอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก
(WHO) ที่เป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับ
ผู้ป่วย การป้องกัน บรรเทา รักษาอาการปวดและ
อาการอื่นทั้งทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ⁽³⁾

ระดับการจัดการดูแล (levels of palliative care)
ของโรงพยาบาลแม่จันจัดอยู่ในระดับการดูแลขั้นต้น (pal-
liative care approach⁽⁴⁾/ palliative care in primary
treatment setting⁽⁵⁾) ที่ผนวกการดูแลผู้ป่วยระดับ
ประคองเข้ารวมกับระบบการดูแลผู้ป่วยทั่วไปในโรง-

พยาบาล สามารถดูแลเบื้องต้นได้ ยังไม่มีแพทย์ พยาบาล
หรือผู้ปฏิบัติงานอื่นผ่านการอบรมเฉพาะด้าน palliative
care⁽⁴⁾ รวมถึงขาดทรัพยากรต่าง ๆ ทั้ง สถานที่ที่ไม่
เป็นสัดส่วน ขาดเวชภัณฑ์บางอย่าง ซึ่งโรงพยาบาล
แม่จันมีระบบปรึกษากับโรงพยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญประ-
ชาชนุเคราะห์ที่มีความพร้อมกว่า

เมื่อวิเคราะห์ตามองค์ประกอบที่สำคัญของการ
ดูแลแบบประคับประคอง (key elements of palliative
care) ในส่วนของการประเมินคุณภาพและการพัฒนา
ผลดำเนินงาน (quality assessment and performance
improvement)⁽⁵⁾ ดังนี้

**ความทันเวลา (timely) และ ทุกคนเข้าถึง
บริการได้เท่าเทียม และเป็นธรรม (accessible and
equitable)** โรงพยาบาลแม่จันเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะ
เร็งเป็นลำดับแรก ซึ่งต้องได้รับการยืนยันวินิจฉัย
จากสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่โรงพยาบาล
ศูนย์เชี่ยวชาญประชาชนุเคราะห์ ศูนย์มะเร็งลำปาง และ
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แม้ว่าจะมีโรง-
พยาบาลเชี่ยวชาญประชาชนุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลแม่
ข่ายด้าน palliative care แต่ระบบการเชื่อมโยง
ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งยังไม่ชัดเจน และจากผลการ
ศึกษาพบว่าระบบในปัจจุบันยังไม่มีการค้นหาเชิงรุก
ส่วนใหญ่จะเริ่มกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง
เมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยบางคนได้รับ
การดูแลล่าช้า

**ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) และ
การมีผลลัพธ์ที่ดี มีประสิทธิภาพ (beneficial and/or
effective)** รูปแบบบริการของโรงพยาบาลแม่จัน มีการ
พัฒนาที่ชัดเจนในเรื่องของการประเมิน วางแผนและ
ดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลโดยมีผู้ป่วย/ครอบครัว
เป็นศูนย์กลาง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม และ
วิสัญญีแพทย์ ร่วมรักษาอาการปวด/อาการอื่น ๆ แต่ยังเป็น
ระบบที่ยึดติดกับแพทย์ผู้รับผิดชอบด้าน palliative
care ที่ต้องมาประเมินและปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพที่
เกี่ยวข้อง บุคลากรหรือแพทย์อื่นยังไม่เข้ามาเริ่มต้น

ค้นหาปัญหาและความต้องการเมื่อพบผู้ป่วย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าเกิดจากภาระงานที่มาก และไม่มั่นใจในความรู้/ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องของการดูแลรักษาโดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ญาติมารับยาแทน แต่ผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังขาดความรู้/ทักษะ/ความตระหนัก ทำให้การประเมินอาการและดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวรู้สึกถูกทอดทิ้ง และไม่มั่นใจถึงการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย/ครอบครัวได้⁽⁶⁾

การดูแลบนพื้นฐานของความรู้ และหลักฐานทางการแพทย์ (knowledge- and evidence-based)

การพัฒนาที่ผ่านมาอยู่บนองค์ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมประชุม palliative care day ที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จัดขึ้น ร่วมกับการติดตามองค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐานที่เผยแพร่บนสื่อออนไลน์ แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในความรู้/ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจากบุคลากรยังไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะด้าน palliative care ซึ่งสถาบันการศึกษาในประเทศไทยควรจัดฝึกอบรมด้าน palliative care อย่างเป็นทางการ⁽⁷⁾

การค้นหา และตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (efficient and designed to meet the actual needs of the patient and not wasteful of resources) จากผลการศึกษาพบว่า การนำข้อมูลจากหลาย ๆ ทางจะสามารถทำได้ ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้มากที่สุด เมื่อนำมาสรุปและวางแผนการดูแล (advance palliative care plan) ร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย/ครอบครัว พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ยังพอสามารถดำเนินชีวิตประจำวันในบ้านได้ แต่ปฏิเสธการออกนอกบ้าน เช่นการไปวัดหรือไปสถานที่ที่อยากไป เนื่องจากกังวลกลัวว่าจะเปลี่ย

หรือปวดขณะอยู่นอกบ้านแล้วไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร กลัวเป็นภาระ แม้ว่าจะมีการแนะนำการดูแลปฏิบัติตัว รวมถึงสนับสนุนเรื่องรถเข็นนั่ง (wheel chair) ผู้ป่วยยังคงตัดสินใจอยู่ภายในบ้านมากกว่าซึ่งทีมผู้ดูแลควรสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว มีผู้ป่วยอีกกลุ่มที่อยู่ในช่วงก่อนเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ตัดสินใจรักษาด้วยยาเต็มที่ แต่ไม่ใส่ใจต่ออุปกรณ์การแพทย์ โดยจะรับผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริงคือมีอาการซึมหลับมาก หายใจเริ่มช้าลง ดังนั้นทีมผู้ดูแลต้องตัดสินใจการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล และมีผู้ป่วยอีกกลุ่มที่ไม่มีญาติ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งควรมีองค์กรช่วยเหลือภาคสังคมเข้ามาสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อยุติ

ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน คือผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ตามที่ผู้ป่วยปรารถนาโดยควรมีการเชื่อมโยงข้อมูล, การจัดการและแบ่งปันทรัพยากร และการวางระบบดูแลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรสวัสดิการด้านสังคม และชุมชน รวมถึงการเพิ่มความรู้/ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้กับบุคลากร เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ทันเวลาและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่จันที่ร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ 2554. (online). (สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2555). แหล่งข้อมูล: URL: http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.1_54.pdf.
2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพมหานคร: หนังสือดีวัน; 2551: หน้า 133.
3. WHO. Definition of Palliative Care (online). (cited 2012 Nov 25). Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
4. The European Association for Palliative Care (EAPC). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Pall care* 2009; 16(6):278-89.
5. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Second edition. Pittsburgh: 2009.
6. The European Association for Palliative Care (EAPC). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Eur J Pall care* 2010; 17(1):22-33.
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. How to start palliative care in your setting?. (online). (cited 2012 Dec 3) Available from URL: <http://www.md.kku.ac.th/palliativecare/paper/2012May23Fri125202g7QJbpd.pdf>.

**Abstract The Success of Palliative Care on Provider's Perspective in Mae Chan Hospital
Paiboon Shiangchin**

Mae Chan hospital, Chiang Rai

Journal of Health Science 2013; 22:445-453.

Mae Chan hospital is a 120 beds community hospital, has developed a palliative care since December 2010. Generally, performance of care were indicated by assessing satisfaction, that may not reflect to effectiveness. Therefore this study were conducted to study provider's perspective of success of palliative care. In a descriptive study information was collected from July 2011 to November 2012 by 1) participant observation 2) focus group discussion of palliative care team members of Maechan hospital 3) in-depth semi-structure interview of three general practitioners. The success of the palliative care on provider's perspective was patients were satisfied with their state of health and their expected way of life. Expected process of care were; 1) the proactive identification of patients who need palliative care; 2) efficient and designed mechanisms to meet the actual needs of the patients; 3) comprehensive care of the patient with spiritual generosity, key consultant/coordinator of the team, clear guidelines for communication with community and sustainable support of social welfare organization. Expected outcomes of care included 1) timely palliative care services; 2) least suffering from complications; 3) patients maintaining positive outlook on life; 4) family's ability to cope with less; 5) sustainable social welfare support for poor patients; 6) clients satisfaction.

Conclusions: The success of the palliative care is patients are satisfied with their health and their expected life. The system must be cooperated between all levels of the healthcare service network, social welfare organizations and community for timely access to services, comprehensive care of the patient's actual needs and continuity of care across settings.

Key words: Palliative care, Provider's perspective, Success