

บทความปริทัศน์

บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาการดูแลแบบ ประคับประคองของประเทศไทย : ทบทวนวรรณกรรมร่วมกับกรณีศึกษา โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, พบ. ว.ว.สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ:

โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, พบ.,

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด

จ.ตาก 63110, ประเทศไทย

Email: Rthongcu@gmail.com

Received: October 05, 2023;

Revised: October 05, 2023;

Accepted: July 16, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยมีพัฒนาการมากกว่าสองทศวรรษ กลยุทธ์ที่สำคัญที่ทำให้การยกระดับการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยมีความครอบคลุมและอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศในระดับที่สมบูรณ์ได้นั้น คือการผสมผสานการดูแลประคับประคองในระบบบริการปฐมภูมิประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือกุญแจสำคัญในการผสมผสานการพัฒนาระบบบริการการดูแลประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลประคับประคองที่มีคุณภาพได้เร็วตั้งแต่เริ่มต้น บทความนี้นำเสนอการจัดการบริการการดูแลประคับประคองโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในภาพรวมประเทศไทย ร่วมกับกรณีศึกษาโรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก

คำสำคัญ: การพัฒนา การดูแลแบบประคับประคอง ประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลปฐมภูมิ

REVIEW ARTICLE

Role of Family Physicians in the Development of Palliative Care in Thailand: A Narrative Review and Maesot Palliative Care Model, Tak, Thailand

Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine

Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Tak, Thailand

Corresponding author :

Rojanasak Thongkhamcharoen,
MD., Department of Social
Medicine, Maesot Hospital,
Maesot district, Tak 63110,
Thailand
Email: Rthongcu@gmail.com

Received: October 05, 2023;

Revised: October 19, 2023;

Accepted: July 16, 2024

ABSTRACT

Palliative care in Thailand has been developing for two decades. To enhance the full coverage of palliative care service provision at the advanced stage of integration, the integration of palliative care into primary care is one of the most important strategies. Family physicians are key in implementing integrated palliative care in hospital and community settings to ensure early access to good quality palliative care. This article illustrates the provision of palliative care services by family physicians in the whole country, of Thailand, and presents a case study in Maesot, Tak, Thailand.

Keywords: development, palliative care, Thailand, family physician, primary care

บทนำ

จากผลการสำรวจระดับการพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองโดย World Palliative Care Alliance พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนาในด้านระบบดูแลประคับประคองในระดับที่ดีขึ้น โดยเลื่อนจากระดับ 3a ในปี พ.ศ. 2555 คือ มีการจัดบริการดูแลประคับประคองเฉพาะแห่งไม่ครอบคลุมและยังไม่เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ¹ เป็นระดับ 4a ในปี พ.ศ. 2560 คือเริ่มมีการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมและอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศแต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์² หากพิจารณาจากการจัดลำดับคุณภาพการตายในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 44 จาก 80 โดยจุดที่ประเทศไทยต้องพัฒนา คือ การสร้างเครือข่ายการดูแลประคับประคองในชุมชน และระบบสนับสนุนที่ดี³ โดยที่การผสมผสานการดูแลประคับประคองในระบบบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบดูแลประคับประคองในประเทศไทย ร่วมกับการพัฒนาระบบการศึกษาและการพัฒนาบุคลากรให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประคับประคองในทุกกระดับของเครือข่ายบริการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการดูแลประคับประคองได้มากขึ้น เครือข่ายดูแลมีความเข้มแข็งเป็นการยกระดับการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยให้มีความครอบคลุมพื้นที่และบูรณาการอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในระดับที่สมบูรณ์ได้⁴ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในฐานะที่เป็นบุคลากรหลักสาขาหนึ่งในระบบบริการปฐมภูมิ ได้มีส่วนร่วม มีบทบาทในการพัฒนาการดูแลประคับประคองทั้งในระดับปฐมภูมิและในชุมชน

อย่างไรก็ตามยังมีบทความวิชาการไม่มากนักที่กล่าวถึงบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยว่ามีบทบาทต่อการดูแลประคับประคองของประเทศมากน้อยอย่างไร บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาการจัดบริการการดูแลประคับประคองโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลแม่สอด อ. แม่สอด จ. ตาก ตลอดจนบทบาทในด้านนโยบายในการจัดระบบดูแลประคับประคองของประเทศและการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในด้านการดูแลประคับประคอง

สรุปพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

ทศวรรษแรก (พ.ศ. 2540-2549) เป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการดูแลระยะสุดท้ายในสังคมไทย โดย “มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา” และ เสมสิกขาลัย เริ่มโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ “เผชิญความตายอย่างสงบ” ในปี พ.ศ. 2546 โดยมีภาคประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตรประยุกต์หลักพุทธศาสนากับทัศนคติต่อการตายดี จนเกิดความตื่นตัวเรื่องการดูแลระยะสุดท้ายในสังคมไทย⁵ มีการจัดประชุมพัฒนาบุคลากร ผู้สนใจในลักษณะที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง และในระยะหลังเกิดองค์กรเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนความตื่นตัวของสังคมต่อการดูแลแบบประคับประคอง อาทิเช่น บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ในปี พ.ศ. 2560⁶ และ “Peaceful Death” ในปี พ.ศ. 2561⁷

ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2550-2559) ช่วงเวลานี้มีการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยอย่างรวดเร็วในหลายด้าน⁸

ด้านระบบการศึกษาการดูแลแบบประคับประคอง ปี พ.ศ. 2552 เริ่มมีการจัดตั้งเครือข่าย palliative care ในโรงเรียนแพทย์ ในเวลาต่อมาพัฒนาเป็น สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555⁹ ในช่วงเวลานี้การศึกษาดูแลประคับประคองยังขาดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ¹⁰ จุดเปลี่ยนที่สำคัญของระบบการศึกษาดูแลประคับประคองของไทย คือ การก่อตั้งศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2553 มีการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลประคับประคองพื้นฐานและระดับสูงสำหรับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จนเกิดเครือข่ายผู้ฝึกอบรมพัฒนาระบบบริการทั่วประเทศ^{9,11} ในเวลาใกล้เคียงกันราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยได้บรรจุเนื้อหาการดูแลประคับประคองในหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในปี พ.ศ. 2555¹² ส่งผลให้ระหว่างการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านต้องหาสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อศึกษาเพิ่มเติมเนื้อหาด้านการดูแลประคับประคองเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์

ด้านโครงสร้างกฎหมาย สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เสนอกฎหมายสิทธิการตายดี ตาม พ.ร.บ.สุขภาพ

แห่งชาติ มาตรา 12 พ.ศ. 2550 ให้สิทธิแก่ประชาชน เลือกที่จะปฏิเสธการรักษาที่ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในระยะสุดท้าย โดยระบุไว้ใน “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข”¹³ นอกจากนี้ยังระดมผู้เชี่ยวชาญทั่วประเทศมาร่วมกันร่าง และออกประกาศ เรื่องนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563¹⁴ และ มาตรฐาน การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 (Thai standards for advance care planning)¹⁵ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่ และอำนาจของหน่วยงานองค์กรของตนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ นับตั้งแต่การกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการ งบประมาณ การจัดการ ทรัพยากรบุคคล การให้บริการและการเงินการคลัง ตลอดจน การพัฒนางานวิชาการและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

ระบบการเงินการคลังสุขภาพ ในด้านการสนับสนุน ทางการเงินการคลังและระบบบริการในช่วงต้น สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เริ่มสนับสนุนงบประมาณผ่านหมวดคุณภาพระบบบริการ ให้กับการดูแล ประคับประคองที่บ้านให้เกิดเครือข่ายการดูแลประคับ ประคองและมอบรางวัลเครือข่ายการดูแลประคับประคอง ที่มีการพัฒนาที่ดีตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553-2555¹⁶ ต่อมาปรับ งบประมาณเป็นการจ่ายตามระยะเวลาการดูแล และการจ่าย strong opioids ในปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามระบบการดูแลประคับประคองในเวลานั้น ยังขาดความพร้อมของเครือข่ายบริการ

ทศวรรษที่ 3 (ปี 2560-ปัจจุบัน)

โครงสร้างระบบบริการและคุณภาพบริการ ผลจาก การประชุมสมัชชาสุขภาพโลก ปี พ.ศ. 2557 ประกาศ ให้การดูแลประคับประคองเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้อง ผสมผสานเข้าไปในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกระดับ ของทุกประเทศ¹⁷ กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบาย สนับสนุนให้มีระบบดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยบรรจุแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับการ

ดูแลประคับประคอง (service plan palliative care) ในปี พ.ศ. 2560 กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การบำบัด อาการด้วยการใช้ strong opioids การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹⁸ นอกจากนี้ สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เปิดให้มีการรับรอง มาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค (program and disease specific standards หรือ DSC) สำหรับระบบการดูแล ประคับประคองเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2561 เป็นการยก ระดับการรับรองมาตรฐานคุณภาพการดูแลประคับ- ประคองขึ้นสูง⁴

โครงสร้างการศึกษาการดูแลประคับประคอง ราช วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองอยู่ในสมรรถนะ ด้านที่ 1 : การดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care) ใน หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปี 2561¹⁹ และในการปรับหลักสูตร พ.ศ. 2562²⁰ และ 2565²¹ ราชวิทยาลัยฯ ได้กำหนดการดูแลแบบประคับ- ประคองเป็นหนึ่งใน 7 กิจกรรมสมรรถนะที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable Professional Activity หรือ EPA) ตาม มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบ วิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ตามแนวทาง มาตรฐานสากลของ World Federation for Medical Education (WFME) Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education ค.ศ. 2015^{20,21}

ได้เริ่มเปิดการอบรมหลักสูตร 1 ปี ประกาศนียบัตร วิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหาร แบบประคับประคองใน ปี พ.ศ. 2561 โดยเปิดรับทั้ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ แพทย์เฉพาะทางสาขา อื่นเข้าอบรมในหลักสูตรนี้ได้²² ต่อในปี พ.ศ. 2566 มีการ ปรับปรุงสูตรประกาศนียบัตรฯ ปัจจุบันมีแพทย์ที่ได้รับ ประกาศนียบัตรฯ ทั้งหมดจำนวน 69 คน²³ และในปี พ.ศ. 2566 ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวกำลังพัฒนา หลักสูตรหลักสูตรอนุสาขาการบริหารแบบประคับ- ประคอง 2 ปี ถือเป็นก้าวสำคัญที่ยกระดับการศึกษาดูแล การประคับประคองในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อ รองรับการพัฒนาระบบของประเทศ

กรณีศึกษาการจัดการบริการดูแลแบบประคับประคอง: โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง เป็นโรงพยาบาลชายแดนห่างจากพรมแดนไทย-เมียนมา 6 กิโลเมตร มีการดำเนินการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยการริเริ่มของ นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก²⁴ บทความแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลแม่สอด เทียบเคียงกับพัฒนาการของประเทศไทย ดังแสดงในรูปที่ 1 และพัฒนาการส่วนบุคคลของ นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ช่วงที่ 1 พัฒนาแนวคิดและสร้างทีม (ปี 2548-2549)

ปี พ.ศ. 2548 พบปัญหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนไม่ได้รับการดูแล ขาดระบบการส่งต่อระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล จึงได้ระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งชื่อทีมอาสาสมัครว่า “ทีมกัลยาณมิตร” ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ) อายุรแพทย์ (นพ. พิสิฐ ลิมปธนโชติ) ศัลยแพทย์ (นพ. สมชาย มีศิริ) และ วิชาญญีแพทย์ (พญ. อภิญญา กาปน) ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแม่สอด มีการประชุมทุกเดือนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากนั้น ได้เชิญ ผศ.พญ. สายพิณ หัตถ์รัตน์ และ ผศ.พญ. กนกพร สุขโต จากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มาการบรรยายแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ช่วงที่ 2 พัฒนาการดูแลประคับประคอง (ปี 2550-2560)

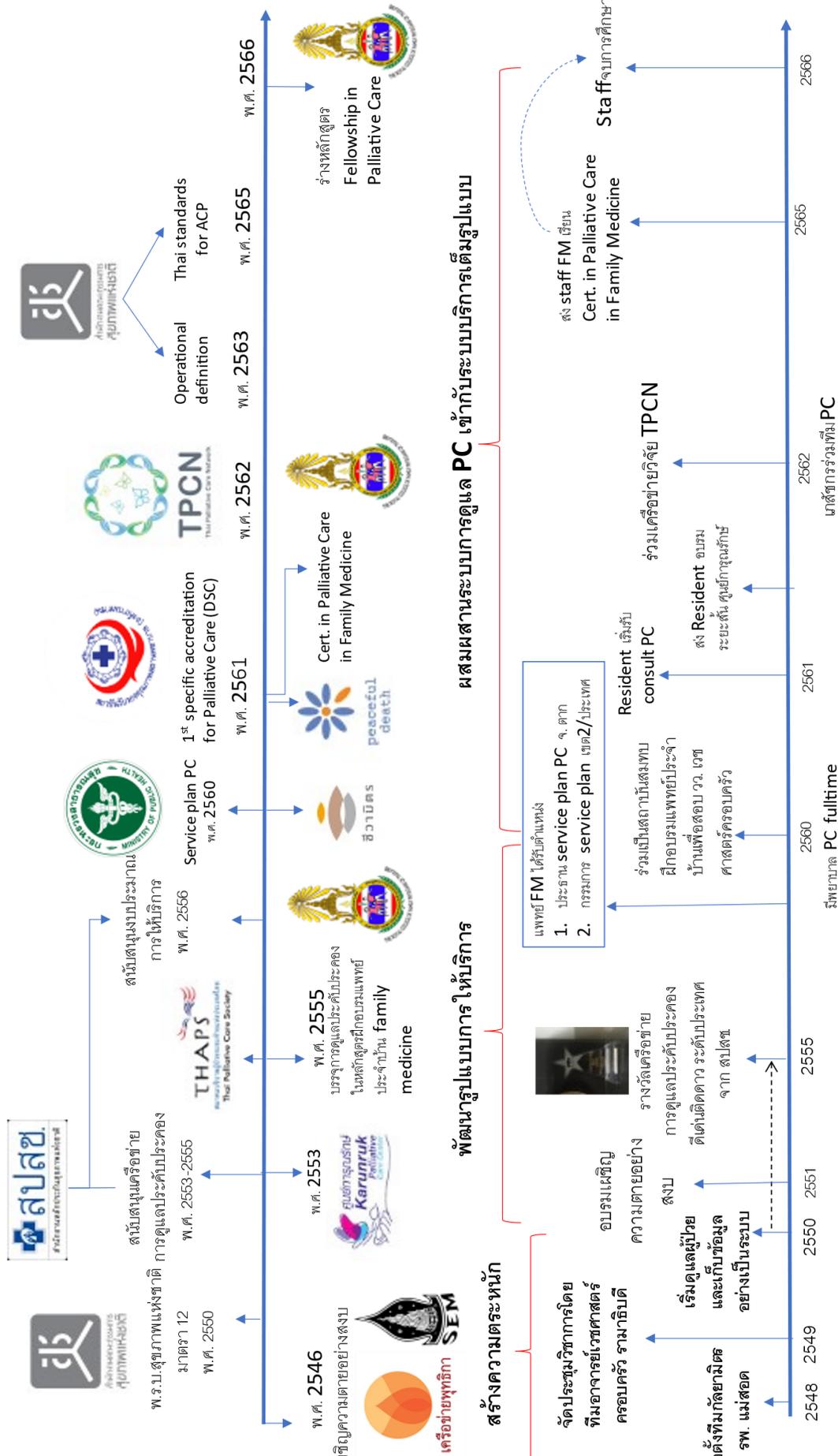
สร้างระบบบริการ

ปี พ.ศ. 2550 มีการลงทะเบียนผู้ป่วยและติดตามดูแลตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิตและมี

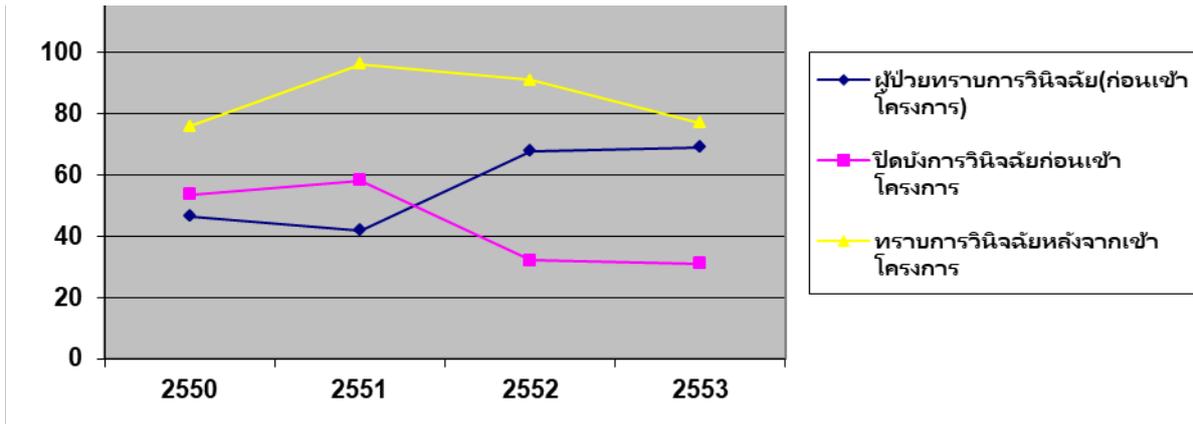
การติดตามอาการเศร้าโศกในญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิตผ่านช่องทางบริการต่าง ๆ ตามความสะดวกของผู้ป่วย ทั้งการเยี่ยมบ้าน รับคำปรึกษาบนหอผู้ป่วย และตรวจแบบ OPD ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลแม่สอด ให้บริการสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ท่าน ได้มอบหมายให้เป็นพยาบาลจัดการระบบ ในช่วงแรกมีผู้ป่วย 50-60 ราย/ปี ส่วนใหญ่มาจากการปรึกษาของหอผู้ป่วย ร้อยละ 66-80 ส่วนที่เหลือได้รับปรึกษาจาก OPD ต่าง ๆ ปรึกษาจากประชาชนโดยตรงจากการบอกกันปากต่อปาก จากญาติผู้เสียชีวิตที่เคยได้รับการดูแล และรับผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ ในเวลาต่อมาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด ได้สนับสนุนพยาบาลเพิ่มอีก 1 ท่าน (คุณ สิริจิต เนติภูมิกุล) เพื่อดูแลในหอผู้ป่วยและประสานงานกับพยาบาลชุมชน และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (case manager)

ในช่วงแรกความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน คือ การสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้ายของ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่ดีขึ้น พบว่า ช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 มีการพัฒนาทีมหอผู้ป่วยให้สามารถแจ้งข่าวร้ายได้ดีขึ้น (เส้นสีชมพู) ดังจะเห็นว่า ในปี พ.ศ. 2550 มีการปิดบังการวินิจฉัยลดลงจากร้อยละ 50 ลงเหลือร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2553²⁴ โดยกลยุทธ์ที่ทำให้การสื่อสารการวินิจฉัยดีขึ้นเกิดจาก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย จะสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของเตียง และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังจากประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ถ่ายทอดวิธีพูดคุยที่ถูกต้อง และการมีการดูแลระยะหลังการแจ้งข่าวร้ายส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้มากขึ้น (รูปที่ 2)

ข้อมูลสรุป 10 ปีแรกของการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2561 ทั้งสิ้นรวม 875 ราย มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 100 กว่าราย/ปี ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในระยะแรกเกือบร้อยละ 60 (PPS 40-70) ทำให้มีเวลาเฉลี่ยตั้งแต่พบผู้ป่วยครั้งแรกจนผู้ป่วยเสียชีวิตกว่า 90 วัน ซึ่งเป็นผลดีต่อการเตรียมความพร้อม ทั้งการทำารวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ถึงร้อยละ 80 ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ตนเลือกถึงร้อยละ 95 ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านประมาณร้อยละ 65 และมีผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพียงร้อยละ 3.8²⁵ ผู้ป่วยร้อยละ 95



รูปที่ 1. พัฒนาการการดูแลประคับประคองในประเทศไทยและพัฒนาการการดูแลประคับประคองของโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก



รูปที่ 2. แนวโน้มการทราบการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะท้าย ช่วงปี พ.ศ. 2550-2553

ใช้บริการห้องฉุกเฉินไม่เกิน 1 ครั้ง เหตุที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจาก มีการนัดผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนืองที่คลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยประคับประคอง ทุก 1-4 สัปดาห์ (ในเวลานั้นยังไม่มีนโยบายสนับสนุนให้เกิดคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง) และในกรณีที่ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยจะติดตามอาการทุกวันจนกว่าจะควบคุมอาการรบกวนได้ มีการจัดการอาการรบกวนอย่างมีประสิทธิภาพ²⁵ มียาโอปิออยด์ที่หลากหลาย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ช่วง 5 ปีแรกของการสร้างทีมถือว่าประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ โดยโรงพยาบาลแม่สอดได้รับรางวัลเครือข่ายการดูแลประคับประคองดีเด่นติดดาวระดับประเทศ จาก สปสช. ในปี พ.ศ. 2555

อย่างไรก็ตามในช่วงนี้ พยาบาลที่รับผิดชอบงานยังไม่สามารถทำงานเต็มเวลา และไม่มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุน ทำให้การนั้บภาระงานตลอดจนความก้าวหน้าของบุคลากรที่ทำงานการดูแลประคับประคองยังขาดความชัดเจน

ช่วงที่ 3 บูรณาการงานดูแลประคับประคองเข้าสู่ระบบบริการหลักของโรงพยาบาล (ปี 2561-ปัจจุบัน)

เป็นช่วงเวลาที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วจากการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในประเทศที่สำคัญ ดังนี้

1. นโยบาย service plan การดูแลประคับประคอง ถือเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลโดยตรงกับการสนับสนุนในทุกด้าน ในปี พ.ศ. 2561 ทั้งอัตราากำลังแพทย์/พยาบาล สถานที่ให้บริการ มีการจัดบริการรูปแบบผสมผสานทั้งบริการเยี่ยมบ้าน คลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วย

ประคับประคอง (palliative care clinic) ที่รับปรึกษาจากแผนกผู้ป่วยนอกอื่น หอผู้ป่วย และชุมชนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีการจัดเวรรับคำปรึกษาการดูแลประคับประคองทุกวัน มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน รับผิดชอบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีเภสัชกรที่รับผิดชอบงานการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน

2. พัฒนาการด้านการศึกษาในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลแม่สอด ร่วมเป็นสถาบันสมทบของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก รับผิดชอบแพทย์ประจำบ้านเพื่อสอบวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2561 เป็นปีการศึกษาแรก ได้จัดการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านเรียนผ่านการปฏิบัติจริงในระบบการดูแลประคับประคองทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้และทักษะการดูแลประคับประคอง และตามหลักสูตรของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต้องมีงานวิจัย นำมาซึ่งผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประคับประคอง^{26,27} เวลาต่อมาได้ส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบการศึกษา จาก รพ. แม่สอด เรียนต่อยอดการศึกษาจนจบหลักสูตรประกาศนียบัตรฯ 1 ท่าน ในปี พ.ศ. 2566 หลังจบการศึกษาได้ให้บริการการดูแลประคับประคองทั้งในและนอกโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 80 ของเวลาทำงานทั้งหมด ส่งผลดีต่อการขยายบริการและพัฒนาเครือข่ายการดูแลประคับประคองในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นอย่างมาก

3. สร้างความรู้และอบรมเครือข่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ในฐานะ

ทีมนำการดูแลประคับประคองได้สื่อสารกับองค์กรแพทย์แม่สอดจนได้รับโอกาสจัดอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการจัดการความปวด และการดูแลประคับประคองมีการอบรมการดูแลประคับประคองในเครือข่าย รพ.สต. 22 แห่ง เป็นประจำทุกปี โดยสอดแทรกการดูแลประคับประคองไปในหลักสูตรฟื้นฟูความรู้เรื่องอื่น

4. ระบบสนับสนุนและการประสานงานแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-ปัจจุบัน มีการใช้ application line เรียก FCT (Family Care Team) line ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกแห่ง โดยใน line มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเภสัชกร ทำให้สามารถบูรณาการบริการทั้ง palliative care และการรักษาปัญหาสุขภาพอื่น และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ²⁶

5. มีระบบพัฒนาการคุณภาพต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลงานวิจัยในงานประจำ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญจะเห็นได้ว่า จำนวนของการรับคำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จาก 148 ราย/ปี เป็น 400 กว่ารายในไตรมาส 3 ปีล่าสุด อย่างไรก็ตามแนวโน้มการปรึกษาในระยะต้นมีแนวโน้มลดลง (ไม่แน่ใจว่าถูกต้องไหมนะ) จากร้อยละ 50-60 ในอดีตมาเป็นร้อยละ 30 ในปีล่าสุด เนื่องจากการเริ่มมีการปรึกษาจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น จากการอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะร่วมกับการให้ความรู้กับแพทย์ในองค์กร แต่สิ่งนี้สะท้อนอีกด้านถึงการขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในโรงพยาบาล ต่อประโยชน์ของการส่งปรึกษาในระยะต้นช่วยให้ทีมมีเวลาเตรียมผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการเติบโตของการปรึกษาผู้ป่วยที่มีไข้หรือมีสัสดส่วนเพิ่มในระดับต่ำจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 12 แสดงถึงการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มนี้ยังเป็นจุดที่โรงพยาบาลแม่สอดต้องพัฒนา

ข้อมูลในส่วนกระบวนการให้การดูแล เนื่องจากทีมมีเวลาดูแลผู้ป่วย ประมาณ 9-12 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต ทำให้เราจัดบริการดูแลต่อเนื่องทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้านได้อย่างน้อย 2 ครั้ง คือการเยี่ยมประเมินและเยี่ยมเพื่อดูแลในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ตลอดจนมีการควบคุมอาการปวดที่ดี และการวางแผนล่วงหน้าที่สูงขึ้นจากร้อยละ 60-70 เป็นร้อยละ 95 ส่งผลต่อ out-

come indicator คือ ด้วยโมเดลแบบผสมผสานแบบ โรงพยาบาลแม่สอด ผู้ป่วยร้อยละ 60 เสียชีวิตที่บ้าน มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจต่ำ การดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามเจตนา-รณณ์เกินร้อยละ 90 และการใช้บริการห้องฉุกเฉินต่ำ จากงานวิจัยของโรงพยาบาลแม่สอด พบว่า การทำ advance care plan (ACP) ลดโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁷

6. โรงพยาบาลแม่สอดเข้าร่วมเครือข่ายวิจัย ร่วมกับเครือข่าย Thai Palliative Care Network (TPCN) โดยร่วมวิจัยสำรวจ Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals ในปี พ.ศ. 2561²⁸ และได้ร่วมวิจัยสำรวจการค้นหาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการแบบประคับประคองในชุมชนกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปี พ.ศ. 2564-2565^{29,30} ทำให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ของทีมในการทำงานประจำสู่งานวิจัย

7. ระบบการเงินการคลังสุขภาพ ผลจากการขยายการให้บริการการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอดมีแนวโน้มสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ด้านการจัดบริการเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าหลังปี พ.ศ. 2563 การจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีพยาบาลเต็มเวลา ในปี พ.ศ. 2566 มีแพทย์เฉพาะทางที่จบการดูแลประคับประคองกลับมาทำให้การเบิกจ่ายได้ดีขึ้น ดังรูปที่ 3 ทีมได้นำข้อมูลนี้แจ้งแก่กรรมการบริหารโรงพยาบาลแม่สอด มีผลให้ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นอย่างดี (จ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเพื่อดูแลงานเอกสารแทนพยาบาลวิชาชีพ ในปี งบประมาณ 2567)

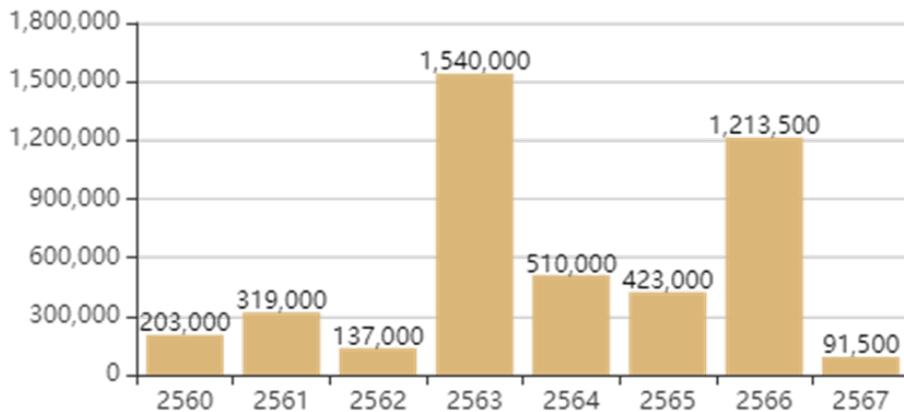
ถอดบทเรียนผ่านประสบการณ์การดำเนินงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลแม่สอด

เผยแพร่และแลกเปลี่ยนแนวคิดกับเครือข่ายนอกโรงพยาบาล

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ได้เริ่มเขียนบันทึกการพัฒนาทีมและการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอดเป็นบันทึก “รัก palliative care” ใน Blog gotoknow ซึ่งเป็นชุมชนออนไลน์จัดการความรู้ รวมทั้งสิ้น 86 บทความในช่วงเวลา ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2554³² บันทึกดังกล่าว

ตารางที่ 1. ผลการดำเนินงานการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด ปี พ.ศ. 2561-2566

ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565	2566 3 ไตรมาส
Input indicators						
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	148	222	340	335	358	410
PPS >50 เข้าสู่งานบริการ (early palliative care accessibility)	52.63	45.89	72.72	85.47	42.74	30.98
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการจนถึงเสียชีวิต (สัปดาห์)	NA	10.14	9.43	12.5	17.08	12.86
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มที่ใหม่ไข่มะเร็งที่ได้รับการดูแลประคับประคอง	7.43	11.26	10.29	10.44	14.80	12.68
Process indicators						
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาบรรเทาอาการด้วยโอปิออยด์	84.1	84.3	83.8	91.6	90.48	90.50
ร้อยละผู้ป่วยที่รับไว้ควบคุมอาการปวดอยู่ในเกณฑ์ดี	93.9	80.9	93.4	85.6	NA	NA
ร้อยละผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน	84.12	73.29	88.89	58.65	87.2	88.23%
ร้อยละการได้ทำ Advance Care Plan (ACP)	82.6	57.5	81.3	73.0	84.76	95.53%
Palliative care clinic visit (ครั้ง/คน)	NA	NA	3.3	1.6	4.78	2.08
Home visit (ครั้ง/คน)	NA	NA	2.21	2.47	4.28	2.73
Outcome indicators						
ER visit (ครั้ง/คน)	1.50	0.43	0.26	0.26	0.90	0.78
ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้าน	63.16	59.59	72.73	72.73	65.71	-
ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	36.84	40.41	27.27	27.27	34.29	-
ร้อยละการใส่ท่อช่วยหายใจ	4.21	6.85	3.03	3.03	1.43	-
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการที่เป็นไปตาม ACP	94.7	88.6	76.7	76.7	96.63	97.07
ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ	-	97.81	92.89	92.89	90.00	91.90



รูปที่ 3. ผลการชดเชยบริการผู้ป่วยประคับประคอง(บาท/ปี) แยกรายปี³¹

หมายเหตุ: ปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ เดือน ต.ค.2566-พฤศจิกายน 2566

ทำให้ได้รู้จักชุมชนนักปฏิบัติ เชื่อมโยงเครือข่าย จนมีโอกาสร่วมงานกับพุทธิกา โรงพยาบาลแม่สอด ได้เชิญพระอาจารย์ไพศาล วิสาโล ทีมวิทยากรจากพุทธิกาและเสมสิกขาลัย มาจัด “เผชิญความตายอย่างสงบ” ทั้งสิ้น 2 รุ่น ณ โรงพยาบาลแม่สอด ให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน และบุคลากรที่สนใจ และในเวลาต่อมาได้ร่วมเป็นกระบวนกรเผชิญความตายอย่างสงบในเขตภาคเหนือตอนล่าง

นอกจากนี้ ได้ร่วมงานกับเครือข่าย palliative care ในโรงเรียนแพทย์ และ สปสช.ได้เป็นหนึ่งในคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สปสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 และในเวลาต่อมาได้ร่วมทำวิจัยแบบสำรวจการองค์ประกอบระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ปี พ.ศ.2555 พบว่าระบบการดูแลประคับประคองในเวลานั้นยังขาดความพร้อม มีข้อจำกัดทั้งเรื่องความครอบคลุมของบริการ ศักยภาพบุคลากรและการเข้าถึงยาโอปิออยด์^{16,33,34}

จากความสนใจส่วนตัวสู่การศึกษาต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายระดับภูมิภาค

ในปี พ.ศ. 2553 ได้เข้าร่วมศึกษาต่อในหลักสูตร Graduate Certificate in Health (Palliative Care) จัดโดย Asian Pacific Hospice Network ร่วมกับ Flinders University, Adelaide, Australia เป็นหลักสูตรระยะ

เวลา 1 ปี ณ ประเทศสิงคโปร์ ได้มีโอกาสเรียนรู้การดูแลประคับประคองและต้องดูงานใน well-developed hospice ซึ่ง นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ เลือกดูงาน Hospice Malaysia ประเทศมาเลเซีย³⁵ เนื่องจากมีบริบทการทำงานแบบ community based palliative care คล้ายคลึงกับ โรงพยาบาลแม่สอด จ. ตาก หลังการดูงานเสร็จจึงสนใจได้ตีพิมพ์บทความการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านร่วมกับ mentor และ Dr. Ednin Hamzah, CEO Hospis Malaysia³⁶ และ หลังกลับมาประเทศไทยได้นำรูปแบบการจัดการอาการเหนื่อยที่บ้านของ Hospis Malaysia มาปรับใช้ได้ผลดี

ปี พ.ศ. 2562 เป็นตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย 2 ครั้ง ได้แก่ ได้รับการคัดเลือกให้ทำ workshop เรื่อง “Practical opioids management in primary palliative care setting from walking in till the last day of life: an interactive case study” ในการประชุม WONCA Asia Pacific Regional Conference, Kyoto, Japan, 2019 และ ร่วมประชุม Roundtable discussion “Family Doctors improving care management for patients with chronic pain” WONCA-APAC Region, Singapore ปี ค.ศ. 2019 และ ในปีเดียวกัน ได้ไปศึกษาหลักสูตร Fellowship Certificate in Palliative Care, Institute of Palliative Medicine (IPM) เมือง Kerala ประเทศอินเดีย³⁷ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง St Christopher’s Hospice, London,

United Kingdom ร่วมกับ IPM โดย IPM เป็นศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านดูแล long term care and palliative care³⁸ หลังจบการศึกษา ได้รับเชิญเป็น Public Health Expert ขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรื่อง “Integration of palliative care in Primary Health Care” ในการประชุม “Regional workshop to improve palliative care in the context of COVID-19 pandemic in the SEA Region” ในช่วงวันที่ 8-9 เมษายน พ.ศ. 2564 (teleconference)

โอกาสเรียนรู้กับการทำงานด้านนโยบาย

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ได้มีโอกาสเป็นประธาน service plan การดูแลประคับประคอง จังหวัดตาก คณะอนุกรรมการเขต 2 และระดับประเทศ โดยได้รับมอบหมายให้เป็น ประธานคณะทำงานด้านสนับสนุนการประสานเครือข่ายพื้นที่ มีหน้าที่และอำนาจจัดทำร่างโครงการที่จะสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย palliative care ในชุมชน โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) เพื่อให้เป็นตัวอย่างให้พื้นที่นำไปใช้เป็นแบบอย่าง ได้มีส่วนร่วมในการให้ความเห็นต่อนโยบายการดูแลในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

ร่วมเป็นอนุกรรมการร่างหลักสูตรหลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง พ.ศ. 2561²² และ พ.ศ. 2566²³ ได้ร่วมเป็นอนุกรรมการร่างนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563¹² และมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565¹³

อภิปราย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผลงานของการดูแลประคับประคองในประเทศไทย

จากกรณี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก แสดงให้เห็นถึงบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีส่วนร่วม

ตั้งแต่จุดเริ่มต้นพัฒนาการดูแลประคับประคองในระดับพื้นที่ ทั้งในโรงพยาบาล และในปฐมภูมิ เชื่อมกับชุมชนพร้อมกับโอกาสที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีโอกาสเรียนรู้กับภายนอก ทั้งในและต่างประเทศ เป็นบทเรียนให้การจัดการพัฒนาระบบดูแลประคับประคองมีคุณภาพเป็นระบบที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นบริการที่ผสมผสานกับบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาล และเชื่อมกับหน่วยปฐมภูมิและชุมชน ฐานความรู้ ทักษะที่มีในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้การดูแลประคับประคอง ไม่ยากที่จะเข้าใจและปรับตัว ที่เชื่อมการบริการทางการแพทย์ กับการดูแลชีวิตคนที่มีสังคม บริบทที่แตกต่าง รวมทั้งบทบาทหน้าที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานที่ดีอยู่แล้ว จึงนำไปสู่การเป็นผู้นำเชิงระบบในระดับพื้นที่ ได้ไม่ยาก และสามารถขยายต่อไปได้ถึงระดับเขตและประเทศ

ผลลัพธ์ของการพัฒนา

จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลแม่สอด เริ่มให้บริการการดูแลประคับประคองในรูปแบบผสมผสานจนเป็นต้นแบบการพัฒนาทั้งในมิติการวัดผลงานของการให้บริการ ผลงานวิชาการและการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีส่วนร่วมและมีบทบาทตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน ผลลัพธ์การบริการได้ขยายวง ครอบคลุมมากขึ้น จากการวิจัยแบบสำรวจโดย TPCN ใน พ.ศ. 2561 พบว่า การเข้าถึงบริการการประคับประคองผู้ป่วยในมีเพียงร้อยละ 17.3 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองมีการบันทึก ACP ในเวชระเบียนเพียงร้อยละ 28.4 อีกทั้งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี และผู้ป่วยมะเร็งจะเข้าถึงบริการมากกว่าตามลำดับ³⁹ ในงานวิจัยนี้ 7 ใน 13 สถาบัน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ต่อมาจากข้อมูล service plan palliative care ในปี พ.ศ. 2565 (ภายในเวลาเพียง 5 ปี) มีการขยายบริการอย่างมาก มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด 112,278 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าการบริการดูแลแบบประคับประคองสูงอายุ ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด และ มีผู้ป่วยประคับประคองตามกลุ่มโรคที่พบบ่อย 5 อันดับ คือ โรคมะเร็งร้อยละ 33 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 17 โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 12 โรค

Services Availability

	BA	BH	IN	ID	MA	MY	NE	SL	TH	TL
PC Spread	2/10	1/10	3/10 (7/10)	3/10	-	3/10	3/10	3/10	8/10 (10/10)	-
PC Home Care Spread	2/10	1/10	2/10 (6/10)	2/10	-	1/10	3/10	2/10 (3/10)	7/10 (8/10)	-
PC in PHC reaches 50% or more patients in need	No	No	No	No	No	No	No	No	Yes	No
Cancer or Cancer +	C+	C	C+	C+	C+	C	C+	C	C+	C
Multi sector partnerships	Yes	No	Yes	Yes	-	Yes	Yes	Yes	Yes	-

Highly restricted to very few locations 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Widely available across the country

WHO SEAR Palliative Care Conference 8-9 April 2021

รูปที่ 4. เปรียบเทียบการมีระบบบริการการดูแลประคับประคองในประเทศกลุ่ม SEARO⁴²

BH = Bhutan, BA = Bangladesh, IN=India, ID=Indonesia, MA=Maldives, MY=, NE=Nepal, SL=Sri Lanka, TH=Thailand, TL= Timor Leste

หัวใจวายเรื้อรังร้อยละ 9 และ โรค COPD ร้อยละ 6 ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ผลงานในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยประคับประคองร้อยละ 29.8 เข้าถึง strong opioids ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านร้อยละ 40.99 และทำ ACP ร้อยละ 61⁴⁰

หลังจากนโยบาย service plan การดูแลประคับประคอง เริ่มมีการจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีผู้ป่วยที่รับบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านเพิ่มขึ้น มีการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้น ผลคือนโยบายนี้คือสามารถลดจำนวนครั้งการเข้านอนโรงพยาบาลลดลง ขณะที่ค่าเบิกจ่ายการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง⁴¹

การประชุม Regional workshop to improve palliative care in the context of COVID-19 pandemic in the South East Asia (SEA) Region ในปี พ.ศ. 2564 ได้มีการประเมินสถานการณ์การดูแลประคับประคองใน 10 ประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีความก้าวหน้าทั้งในเรื่องนโยบาย งบประมาณทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร การมียาและปริมาณการใช้ยา morphine อีกทั้งระบบบริการประคับประคองตามรูปที่ 4 เห็นได้ว่าประเทศไทยมีการให้บริการประคับประคองในวงกว้าง มีบริการการดูแลถึงบ้าน มีการกระจาย

การดูแลประคับประคองสู่ระบบบริการปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลประคับประคอง ผู้ป่วยทั้งมะเร็งและมีไม่มะเร็งสามารถเข้าถึงบริการได้⁴²

จากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมด ถือว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการผสมผสานการดูแลเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพของประเทศจนถึงระดับการดูแลปฐมภูมิ โดยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบุคลากรสำคัญที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและส่วนที่เชื่อมโยงบริการไปที่บ้าน และในชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาโดย TPCN (ศรีเวียง ไทโรจน์กุล และคณะ) พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโดย อสม. ว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคองใน ต.แม่ปะ อ.แม่สอด มีจำนวน 44 ใน 6,419 ประชากร (6.85 ต่อ 1,000 ประชากร) เมื่อตรวจสอบโดยทีม palliative care พบว่า เข้าเกณฑ์ จริง 13 ใน 6,419 ประชากร (2.03 ต่อ 1,000 ประชากร) สัดส่วนผู้ป่วย long term care ที่เข้าเกณฑ์ palliative care 8 ใน 34 ราย (ร้อยละ 23.5) การสำรวจครั้งนี้พบทั้งผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ป่วย long term care รายใหม่ แสดงให้เห็นว่า ในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม long term care ยังเข้าไม่ถึงการดูแล

ประคับประคอง^{29,30} เป็นที่มาซึ่งการผลักดันให้ผสมผสาน การดูแลประคับประคองเข้ากับการดูแลระยะยาวใน ชุมชน โดยผสมผสานการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) เข้ากับการทำ care plan ของ Care manager และ care giver ใน ปี พ.ศ. 2566

สรุป

จากกรณีศึกษาจะเห็นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวยุคใหม่ทำงานต่อเนื่องยาวนานในประเด็นการดูแล แบบประคับประคอง จุดเด่นของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ทำให้สามารถผลักดันการดูแลประคับประคองของ โรงพยาบาลแม่สอดให้เป็นที่ยอมรับทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้เกิดจาก การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team approach) ผสมผสานการดูแลประคับ- ประคองเข้ากับการดูแลปฐมภูมิ สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ถึงบ้านเกิดการดูแลต่อเนื่อง (continuous care) ร่วมมือ กับเครือข่าย รพ.สต. และเครือข่ายในโรงพยาบาลได้เป็น อย่างดี สามารถประสานงาน (coordination care) มี การเผยแพร่ผลงานผ่านการงานเขียน เกิดเครือข่ายทั้ง ระดับผู้ปฏิบัติ องค์กรที่มีทั้งระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค เริ่มพัฒนาตัวเองเน้นด้านวิชาการงานเกิดงานวิจัย ใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลการเงินการคลังในการให้ ข้อมูลผู้บริหารและเพื่อนร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาลให้ เห็นความสำคัญและเข้าใจการดูแลประคับประคองได้ อย่างถูกต้องจนได้รับการสนับสนุนจากคนในโรงพยาบาล แม่สอด มีความสนใจในงานนโยบายและร่วมทำงานผลักดัน นโยบายผ่าน service plan ประคับประคอง โดยใช้งาน วิจัยที่นำมาสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45:1094-106.
2. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59:794-807.e4.
3. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the

- world [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 26]. Available from: <https://eiperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
4. Pairojkul S. Network of Primary Palliative Care in Thailand: a prototype driven by education. In: Silbermann M, editor. *Palliative care for chronic cancer patients in the community global approaches and future applications.* Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 521-31.
5. มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา. เฝ้าระวังความตายอย่างสงบ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://budnet.org/project/peaceful-death/>
6. ชีวามิตร. เกี่ยวกับเรา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cheevamitr.com/about>
7. Kanjanopas T. Peaceful Death. 2023 [cited 2023 Oct 5]. Development of Palliative Care in Thailand. Available from: <https://en.peacefuldeath.co/development-of-palliative-care-in-thailandthago-on-kanjanopas-department-of-internal-medicine-hatyai-hospital-songkhla-province-thailand/>
8. ประเวศ วะสี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. จัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม “พลังความรู้ สู่การเขี่ยอนุชญา.” 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4645>
9. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย. ความ เป็นมาของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้ จาก: <http://www.thaps.or.th/story/>
10. Suvarnabhumi K, Sowanna N, Jiraniramai S, Jaturapatporn D, Kanitsap N, Soorapanth C, et al. Situational Analysis of Palliative Care Education in Thai Medical Schools. *Palliative Care.* 2013;7:25-9.
11. Karunruk Palliative Care Center. Karunruk Palliative Care Center [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <http://karunruk.org/home/>
12. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดง ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2555.
13. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 พ.ศ. 2550. ราช กิจงานเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16ก, หน้า 1. (19 มี.ค. 2550)
14. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับ ประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.
15. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 (Thai standards for advance care planning).
16. Thongkhamcharoen R, Phungrassami T, Atthakul N. Regulation of opioid drugs in Thai government hospitals: Thailand national survey 2012. *Indian J Palliat Care.* 2014;20:6-11.
17. Resolution WHA 67.19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment

- throughout the life course. Vol. 2014. 2014.
18. อากาศ พัฒนเรื่องโล, บรรณาธิการ. List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2559.
 19. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561.
 20. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562.
 21. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1t7N-LeU0Bu75Kd5YyvufYTJPKO1uPdvt/view>
 22. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม เพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2561.
 23. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม เพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2566.
 24. โรจนศักดิ์, ทองคำเจริญ. บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาจากโครงการกัลยาณมิตร อ.แม่สอด. ใน: สายพิณ, หัตถิรัตน์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ครอบครัว: แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553. หน้า. 277-92.
 25. โรจนศักดิ์, ทองคำเจริญ. Maesot Palliative care interdisciplinary team based practice. ใน: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการประชุม the 3rd Thailand elderly health service forum 2018 “ Aging health for aged society 2020” 13-15 มิถุนายน ณ โรงแรมเซนทรา แจ้งวัฒนะ. กรุงเทพฯ; 2561.
 26. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ. เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ และการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ห่างไกล. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2019;2:25-33.
 27. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ, ศิริจิต เนติภูมิกุล. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2021;4:97-111.
 28. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point Prevalence Survey from Thailand. Palliative Medicine Reports. 2021;2:272-9.
 29. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, อรวรรณ กิรติสิโรจน์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. โครงการย่อยที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนโดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40122>
 30. Kitreerawutiwong N, Kitreerawutiwong K, Keeratsiroj O, Mekrungsengwong S, Thongkhamcharoen R. Methods used to identify the prevalence of palliative care needs: An integrative review. Palliative & supportive care. 2023;1-16.
 31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บริการผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) หน่วยบริการ: 10723-รพ.แม่สอด จ.ตาก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mishos.nhso.go.th/mis_hos/#/Central/palliativecare
 32. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. รัก palliative-GotoKnow [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/blog/palliativelover>
 33. Thongkhamcharoen R, Phunggrassami T, Atthakul N. Palliative care and essential drug availability: Thailand National Survey 2012. Journal of Palliative Medicine. 2013;16:546-50.
 34. Phunggrassami T, Thongkhamcharoen R, Atthakul N. Palliative care personnel and services: a national survey in Thailand 2012. J Palliat Care. 2013;29:133-9.
 35. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. Hospis Malaysia. จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. 2554;3:6-14.
 36. Thongkhamcharoen R, Agar M, Breaden K, Hamzah E. Dyspnea management in Palliative home care: A case series in Malaysia. Indian J Palliat Care. 2012; 18:128-33.
 37. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ เอกภพ สิทธิวรรณชนะ. การสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชนและทีมสุขภาพในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บทเรียนจากเกรละถึงแม่สอด. ใน: เอกภพ สิทธิวรรณชนะ, ปองกมล สุรัตน์, รุณิดา อภิชนะกุลชัย อด, editor. ชุมชนกรุณา นวัตกรรมของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สสส. และ กลุ่ม Peaceful Death; 2562. หน้า 19-24.
 38. Institute Of Palliative Medicine [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.instituteofpalliativemedicine.org/about.php>
 39. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. Palliative Medicine Reports. 2021;2:272-9.
 40. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. 2565. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
 41. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. สปสข.หนูน “ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” จัดสิทธิประโยชน์ดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/WNSOC6011200010040>
 42. Ramakrishnan JK. Situation Assessment of Palliative Care in South East Asia Region. In: Regional workshop to improve palliative care in the context of COVID-19 pandemic in the SEA Region 8-9 April 2021.