PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 511-514.

บทบรรณาธิการ

เส้นทางการดูแลที่ไร้รอยต่อ จากเวชศาสตร์ครอบครัว สู่การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง

The Seamless Journey of Care from Family Medicine to Geriatric and Palliative Medicine

กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัวคือการดูแลผู้คนในบริบทของชีวิตจริง มิใช่เพียงการดูแลโรคใดโรคหนึ่ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยทั้งในมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านช่วงเวลาต่าง ๆ ของชีวิต แนวคิดดังกล่าวทำให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวมีขอบเขตที่กว้างกว่าการรักษาความเจ็บป่วยที่อยู่ตรงหน้า แต่ครอบคลุมตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและในระยะท้ายของชีวิต

เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ความต้องการด้านสุขภาพของประชากรจึงเปลี่ยนตามไปด้วย ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้มีเพียงโรคเดียว แต่มีหลายโรคร่วม ภาวะทุพโภชนาการ ความบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะเปราะบาง การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต และภาวะพึ่งพิง ขณะเดียวกัน เมื่อโรคเรื้อรังดำเนินไปจนเกิดความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวก็ต้องการการควบคุมอาการ การสนับสนุนทางจิตสังคม และการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายของชีวิต การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองจึงมิใช่สองพื้นที่ที่แยกขาดจากงานเวชศาสตร์ครอบครัว หากแต่เป็นการต่อยอดโดยตรงจากหลักคิดและบทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัว

จากการดูแลโรค สู่การดูแลคน

การดูแลผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากกว่าการรักษาโรคที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านสุขภาพกาย การรู้คิด สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว การมีโรคประจำตัวหลายโรคหรือการใช้ยาหลายชนิดจึงไม่ควรเป็นเพียงจุดตั้งต้นของการรักษา หากแต่ต้องพิจารณาร่วมกับเป้าหมายชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ

ในทำนองเดียวกัน การดูแลแบบประคับประคองมิได้หมายถึงการดูแลเฉพาะในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต หรือการยุติการรักษาเพื่อมุ่งสู่ความตายเท่านั้น แต่เป็นการดูแลที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต โดยสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่ระยะต้นของการเจ็บป่วย ควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อควบคุมโรคตามความเหมาะสม

แม้การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่ทั้งสองมีหลักคิดร่วมกัน คือ การมองผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำความเข้าใจความต้องการและคุณค่าของแต่ละบุคคล ตลอดจนการดูแลที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของครอบครัว หลักคิดเหล่านี้มิใช่สิ่งใหม่ที่เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเรียนรู้จากภายนอก หากแต่เป็นรากฐานสำคัญของการทำงานในสาขานี้มาโดยตลอด[1]

จากจุดเวลาที่เริ่มดูแลสู่จุดเชื่อมต่อของการดูแล

ลักษณะเด่นประการหนึ่งของเวชศาสตร์ครอบครัวคือความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ความต่อเนื่องนี้ทำให้แพทย์มีโอกาสเข้าใจทั้งประวัติความเจ็บป่วย รูปแบบการดำเนินชีวิต ความคาดหวัง ตลอดจนข้อจำกัดที่อาจไม่ปรากฏในการพบแพทย์เพียงครั้งเดียว สำหรับผู้สูงอายุ ความเข้าใจดังกล่าวช่วยให้การรักษาสอดคล้องกับความสามารถในการดำรงชีวิตจริง ลดการรักษาที่อาจสร้างภาระเกินประโยชน์ และสนับสนุนการคงไว้ซึ่งสมรรถนะและความเป็นอิสระให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

ขณะเดียวกัน เมื่อโรคดำเนินไปสู่ระยะที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หรือเมื่อเป้าหมายการดูแลเปลี่ยนจากการควบคุมโรคเป็นสำคัญไปสู่การบรรเทาความทุกข์ทรมานและการรักษาคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ที่สั่งสมมาอย่างต่อเนื่องยิ่งมีความสำคัญ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำความเข้าใจสถานการณ์ พิจารณาทางเลือกในการรักษา สื่อสารความต้องการเกี่ยวกับการดูแลล่วงหน้า และประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน

การดูแลอย่างต่อเนื่องและการรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในระหว่างการดูแลระยะท้ายช่วยให้ลดการรักษาพยาบาลและการนอนโรงพยาบาลซ้ำที่อาจไม่จำเป็น[2] บทบาทดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องรับผิดชอบการดูแลทุกด้านเพียงลำพัง ตรงกันข้าม ความสามารถในการประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญพยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน[3] เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การดูแลที่มีคุณภาพจึงมิได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคลากรคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความเชื่อมโยงของระบบบริการทั้งหมด

แนวคิดนี้สะท้อนหลักการสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ continuity of care และ coordination of care ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดำเนินชีวิตตลอดเวลาดังเช่นกลุ่มสูงอายุและระยะท้าย

จากการดูแลผู้ป่วยสู่การครอบครัวและผู้ดูแล

ทั้งในงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง ความบกพร่องทางการรู้คิด หรือมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่ผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่ผันตัวมาจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิด[4] อย่างไรก็ตาม การมองครอบครัวเป็นเพียงทรัพยากรในการดูแลอาจทำให้มองข้ามภาระทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ

เวชศาสตร์ครอบครัวจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของผู้ดูแล การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น การเฝ้าระวังภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล การสนับสนุนด้านจิตใจ ตลอดจนการเชื่อมโยงครอบครัวเข้ากับบริการช่วยเหลือในชุมชน การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมย่อมไม่สมบูรณ์ หากละเลยสุขภาวะของผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ประเด็นนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองไม่อาจจำกัดอยู่เฉพาะในสถานพยาบาล แต่ต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การออกแบบระบบสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดความทุกข์ทรมานที่หลีกเลี่ยงได้ และได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองและครอบครัว

จากการดูแลโรคเรื้อรังสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากในระบบปฐมภูมิไม่ได้มีเส้นทางการเจ็บป่วยที่แยกเป็นช่วงอย่างชัดเจน จากสุขภาพดีไปสู่โรคเรื้อรัง และจากโรคเรื้อรังไปสู่ความเจ็บป่วยระยะท้าย หากแต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มีความซับซ้อนมากขึ้นตามเวลา[5]

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ภาวะเปราะบาง โรคเรื้อรังหลายโรค หรือ มะเร็งระยะลุกลาม อาจต้องการทั้งการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง ในเวลาเดียวกัน ความแตกต่างระหว่างสองแนวทางจึงไม่ได้อยู่ที่การแบ่งผู้ป่วยออกเป็น “ผู้สูงอายุ” กับ “ผู้ป่วยระยะ

ท้าย” อย่างชัดเจน แต่เป็นการปรับ เป้าหมายและสัดส่วนของการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลในแต่ละช่วงของโรค

เมื่อการรักษาโรคยังมีประโยชน์ การดูแลมุ่งไปที่การควบคุมโรคและการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น การบรรเทาอาการ คุณภาพชีวิต ความสบาย และเป้าหมายของผู้ป่วยอาจมีความสำคัญเพิ่มขึ้น การดูแลแบบประคับประคองจึงไม่ควรถูกมองว่าเป็นการ **“เปลี่ยนจากการรักษาเป็นการไม่รักษา”** แต่เป็นการปรับเป้าหมายการรักษาให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า

บทสรุป

เมื่อมองการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองผ่านกรอบของเวชศาสตร์ครอบครัว จะเห็นจุดร่วมที่ชัดเจนหลายประการ อันได้แก่

- การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) ทั้งสองแนวทางให้ความสำคัญกับตัวบุคคลมากกว่าการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียง **“ผู้ป่วย dementia”** หรือ **“ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย”** แต่เป็นบุคคลที่มีประวัติชีวิต ความสัมพันธ์ ความเชื่อ ความต้องการ และเป้าหมายของตนเอง

- การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (quality of life and function) เป้าหมายของการดูแลไม่ได้วัดจากตัวชี้วัดทางชีวการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิต ความสุขสบาย และสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความหมาย

- การดูแลแบบหลายมิติโดยร่วมมือกันระหว่างสหสาขา (multidimensional and multidisciplinary care) ทั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยระยะท้ายต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และในบางกรณีรวมถึงมิติด้านจิตวิญญาณ โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายวิชาชีพ

- การให้การดูแลครอบครัวและผู้ดูแล (family and caregiver support) เพราะการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดขึ้นกับบุคคลเพียงคนเดียว แต่ส่งผลต่อระบบครอบครัว

- การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) การดูแลที่มีคุณภาพต้องสามารถเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล คลินิก ชุมชน และบ้าน และต้องปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยไม่ควรเป็นเพียงการเพิ่มบริการเฉพาะทาง แต่ควรเริ่มจากการทำให้หลักคิดเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ การทบทวนยาและลดการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ การค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไปจนถึงการจัดระบบส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน และร่วมกับสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

บทความทั้ง 9 เรื่องในวารสารฉบับนี้สะท้อนภาพของงานเวชศาสตร์ครอบครัวในหลายมิติ มุ่งเน้นประเด็นการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน การทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามชีวิต

ท้ายที่สุดนี้ ความสำเร็จของการดูแลอาจไม่ได้วัดจากจำนวนโรคที่ควบคุมได้หรือจำนวนหัตถการที่ดำเนินการเท่านั้น แต่อยู่ที่ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองให้คุณค่า สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และมีครอบครัวกับทีมสุขภาพร่วมเดินไปด้วยกันตลอดเส้นทางของความเจ็บป่วยหรือไม่ เราอาจไม่ได้มีหน้าที่เพียงตอบคำถามว่า ผู้ป่วยคนนี้ **“เป็นโรคอะไร”** หรือ **“มีความเสี่ยงอะไร”** แต่ต้องช่วยตอบคำถามที่สำคัญไม่แพ้กันว่า **“ผู้ป่วยคนนี้ต้องการอะไร และเราจะออกแบบการดูแลอย่างไรให้มีความหมายต่อชีวิตของเขามากที่สุด”**

เอกสารอ้างอิง

1. Alodhialah AM, Almutairi AA, Almutairi M. Patient-Centered Care in Family Medicine: Strategies for Continuity and Comprehensive Care for Older Adults – A Mixed-Methods Study. Clinical Interventions in Aging. 2025;20(null):985-1003.

2. Leniz J, Gulliford M, Higginson IJ, Bajwah S, Yi D, Gao W, et al. Primary care contacts, continuity, identification of palliative care needs, and hospital use: a population-based cohort study in people dying with dementia. Br J Gen Pract. 2022;72(722):e684-92.
3. Teeranaw N, Jaion P, Lamkham N, โสวัณณะ น. Role of Family Care Team on Continuity of Care: Case Management in An Acute Stroke Patient. Journal of Primary Care and Family Medicine (PCFM). 2023;4:112-24.
4. ญาณิศา ศุภศิริสันต์, ธนกร จงเจษฎ์, บาศมน มโนมัยพิบูลย์. การรับรู้ของญาติผู้ป่วยต่อกระบวนการประชุมครอบครัวที่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง. 2566;6:259-67.
5. Xu J, Mak JK, Xue QL, Wu C. Mapping the Final Journey: End-Of-Life Frailty Trajectories and Cause of Death. J Am Geriatr Soc. 2025;73(9):2695-706.