

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสู่บ้าน : แนวทางการพยาบาล

End-of-Life Care: From Hospital to Home : A Nursing Guide



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลีปตระกูล ตันตลาหุกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ เนตรชัง
ดร.ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา
อาจารย์ชลกนก ธนาภควัตกุล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
End-of-Life Care: From Hospital to Home

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน : แนวทางการพยาบาล
End-of-Life Care: From Hospital to Home : A Nursing Guide

ผู้แต่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สืบทระกูล ตันตลานุกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ เนตรซัง ดร.ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา อาจารย์ชลกนก ธนาภควัฒกุล
ISBN (e-book)	978-616-629-714-0
พิมพ์ครั้งแรก	ตุลาคม พุทธศักราช 2568 (ฉบับ e-book)
ราคา	150 บาท
จัดทำโดย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สืบทระกูล ตันตลานุกุล วิทยาลัยพยาบาลอัครดิลก เลขที่ 38/40 ถนนเกษมภูมิตินทร์ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ อุตรดิตถ์ 53000 โทรศัพท์ 08-1474-9058 e-mail : seubtrakul@unc.ac.th

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สืบทระกูล ตันตลานุกุล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน: แนวทางการพยาบาล = End-of-life care:
from hospital to home: a nursing guide.— อุตรดิตถ์ : [ม.ป.พ.], 2568.
200 หน้า.

1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. I. สืบทระกูล ตันตลานุกุล. II. ชื่อเรื่อง.

616.029

ISBN 978-616-629-714-0

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

คำนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นศิลปะและศาสตร์ที่ต้องการทั้งความรู้ ความเมตตา และความเข้าใจ ในมิติทางวัฒนธรรม ตลอดจนประสบการณ์การทำงานของเรา พวกเราได้พบเห็นความท้าทายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องเผชิญ โดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เราบางส่วนและต้องการการสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ

สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์อย่างรวดเร็ว ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น พร้อมกับภาระโรคเรื้อรังที่มากขึ้น ในขณะที่ค่านิยมครอบครัวและความกตัญญูกตเวทีของไทยทำให้การดูแลที่บ้านเป็นความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้ ทักษะ และระบบสนับสนุนที่เหมาะสมมักส่งผลให้เกิดภาระหนักแก่ผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลไม่เป็นไปตามที่ควร

หนังสือเล่มนี้จึงถือกำเนิดจากความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนการเปลี่ยนผ่านการดูแล การจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล ไปจนถึงการดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตและหลังการสูญเสีย โดยบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์เข้ากับความเข้าใจในคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และโครงสร้างครอบครัวแบบไทย

คณะผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีในช่วงเวลาสุดท้าย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ครอบครัวตลอดเส้นทางการดูแล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สปีดระกูล ตันตลานุกุล และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 การดูแลแบบประคับประคอง และการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	
• แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย	1
- นิยาม วัตถุประสงค์ และหลักการ	1
- ความแตกต่างระหว่าง Palliative Care และ End-of-Life Care	2
- สถานการณ์และนโยบายสาธารณสุขไทย	3
• การประเมินความพร้อมในการกลับบ้าน	6
- เครื่องมือประเมินผู้ป่วยและครอบครัว	6
- ปัจจัยที่ส่งต่อการตัดสินใจ	8
- กรณีศึกษา: ผู้ป่วยที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน	10
• กระบวนการเปลี่ยนผ่านการดูแล (Transition of Care)	13
- การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ	13
- บทบาทพยาบาล Case Manager	14
- การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพและครอบครัว	17
• ระบบสนับสนุนในประเทศไทย	20
- โครงการ Home Hospice	20
- ระบบหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์	21
- เครือข่ายอาสาสมัครและชุมชน	23
บทที่ 2 การจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	
• การประเมินและจัดการอาการ	29
- ความปวด (Pain Management)	29
• การประเมินความปวดด้วย Pain Scale ที่เหมาะสม	29
• หลัก WHO Analgesic Ladder	30
• การใช้ยาปวดแบบปลอดภัยที่บ้าน	31
• การจัดการผลข้างเคียงของยา Opioids	32
- ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea)	33
- คลื่นไส้อาเจียน	34
- ท้องผูก/ท้องเสีย	35
- ภาวะเพลีย (Fatigue)	35
- ภาวะเพ้อสับสน (Delirium)	36
• การดูแลอาการทางจิตใจและจิตวิญญาณ	37
- ความวิตกกังวลและซึมเศร้า	38
- ความกลัวความตาย	39
- การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening)	40
- การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมไทย	41
• ภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยและการจัดการเบื้องต้น	43
- เลือดออก	43

	หน้า
- ชัก	44
- หายใจติดขัด	45
- การตัดสินใจส่งโรงพยาบาลเทียบกับการจัดการที่บ้าน	47
• แนวทางการบันทึกและติดตามอาการ	50
- แบบฟอร์มที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ดูแล	51
บทที่ 3 ทักษะการพยาบาลเฉพาะทาง และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน	
• การดูแลบาดแผลและแผลกดทับ	61
- หลักการดูแลแบบประคับประคอง (Comfort-oriented)	61
- เทคนิคการทำแผลที่บ้านด้วยอุปกรณ์จำกัด	62
- การจัดการกลิ่นจากแผล	64
• การดูแลสายสวนปัสสาวะ	66
- การเปลี่ยนถุงปัสสาวะ	67
- การป้องกันการติดเชื้อ	69
- เมื่อใดควรเปลี่ยนสายสวน	70
• การดูแลท่อให้อาหารทางจมูก (NGT)	73
- การให้อาหารและยาทาง NGT	74
- การตรวจสอบตำแหน่งท่อ	75
- ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข	77
• การดูแลทางเดินหายใจ	80
- การดูดเสมหะที่บ้าน	80
- การให้ออกซิเจน	83
- การใช้เครื่อง Nebulizer	85
• การจัดการยา	88
- การจัดยา การเก็บรักษา และการให้ยาอย่างปลอดภัย	88
- การสอนญาติให้ยาทาง Subcutaneous (SC) injection เบื้องต้น	89
- การใช้ยาแบบ PRN อย่างเหมาะสม	91
• การอาบน้ำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเตียง	93
- เทคนิคที่ปลอดภัยและประหยัดแรง	93
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนิ่ง	98
บทที่ 4 การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล	
• ภาระการดูแลและ Caregiver Burden	103
- การประเมินความเครียดของผู้ดูแล	104
- ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Burnout)	105
- เครื่องมือประเมินเช่น Zarit Burden Interview (แบบไทย)	106
• การให้ความรู้และเสริมพลังครอบครัว	108
- การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคอย่างตรงไปตรงมาแต่เห็นอกเห็นใจ	109
- การสอนทักษะการดูแลเบื้องต้น	111

	หน้า
- การใช้ Teach-back method	113
• การสนับสนุนทางอารมณ์	117
- กระบวนการไว้ทุกข์เชิงคาดการณ์ (Anticipatory Grief)	118
- การรับมือกับความรู้สึกลึกซึ้ง ความโกรธ ความสิ้นหวัง	120
- เทคนิคการฟังและการให้คำปรึกษาเบื้องต้น	122
• การดูแลเชิงบูรณาการในบริบทครอบครัวไทย	125
- บทบาทของสมาชิกครอบครัวขยาย	125
- การจัดการความขัดแย้งในการตัดสินใจ	127
- ความคาดหวังทางวัฒนธรรม (การกตัญญู การดูแลพ่อแม่)	128
• การดูแลตนเองของพยาบาลและผู้ดูแล	131
- Compassion Fatigue ในพยาบาล	131
- กลยุทธ์การดูแลตนเอง (Self-care Strategies)	133
- เมื่อใดควรขอความช่วยเหลือ	135
บทที่ 5 การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตและการดูแลหลังการสูญเสีย	
• สัญญาณและอาการใกล้เสียชีวิต	141
- การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (การหายใจ การไหลเวียนเลือด สติสัมปชัญญะ)	141
- ช่วงเวลา 2 สัปดาห์สุดท้าย, 1 สัปดาห์สุดท้าย, 24-48 ชั่วโมงสุดท้าย	143
- Death Rattle และการจัดการ	145
• การเตรียมครอบครัวและการสื่อสารในช่วงวิกฤต	148
- การบอกกล่าวอย่างชัดเจนและอ่อนโยน	148
- การสนับสนุนการพูดคุยและการอำลา	149
- พิธีกรรมและประเพณีไทยในการเตรียมตัวเสียชีวิต	150
• การดูแลตามหลักศาสนาและความเชื่อ	153
- พุทธศาสนา: การทำบุญ การสวดมนต์ การส่งกำลังใจ	153
- ศาสนาอื่นๆ: การเคารพความหลากหลาย	155
- การประสานงานกับพระสงฆ์/ผู้นำทางศาสนา	157
• การดูแลในนาทีสุดท้าย	159
- Comfort Care Measures	160
- การอยู่เป็นเพื่อน (Presence)	161
- การให้ dignity แก่ผู้ป่วย	162
• การดูแลร่างกายหลังเสียชีวิต	165
- ขั้นตอนทางกฎหมายและการรับรองการเสียชีวิต	165
- การดูแลร่างตามประเพณีไทย	166
- การประสานงานกับบริการรับจัดการศพ	168
• การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Bereavement Care)	170
- กระบวนการไว้ทุกข์ที่ปกติและผิดปกติ	170
- การให้การสนับสนุนในช่วงแรกและระยะยาว	172

	หน้า
- การ Follow-up และการส่งต่อบริการให้คำปรึกษา	174
- พิธีกรรมไว้อาลัยในสังคมไทย	176
• การดูแลทีมสหวิชาชีพหลังการสูญเสียผู้ป่วย	179
- Debriefing session	180
- การเรียนรู้จากประสบการณ์	182
- การต่ออายุพลังใจในการทำงาน	183

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์อย่างรวดเร็ว ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งภาระโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Hospital-to-Home Transition) เป็นช่วงเวลาที่สำคัญและมีความเปราะบางสูง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งในด้านการจัดการอาการทางกาย ปัญหาทางจิตใจและจิตวิญญาณ ภาระทางการเงิน และการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ในบริบทสังคมไทยที่เน้นค่านิยมครอบครัวและความกตัญญูต่อนัก การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมักเป็นความคาดหวังและความปรารถนาของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้ ทักษะ และระบบสนับสนุนที่เพียงพอ มักส่งผลให้การดูแลที่บ้านไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร และก่อให้เกิดภาระที่หนักหน่วงแก่ผู้ดูแล

หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นด้วยตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อน ทักษะการพยาบาลเฉพาะทาง การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล ไปจนถึงการดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตและการดูแลหลังการสูญเสีย เนื้อหาถูกออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับความเข้าใจในคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และโครงสร้างครอบครัวแบบไทย หนังสือเล่มนี้มุ่งหวังให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและใช้งานได้จริงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบสุขภาพ ตั้งแต่โรงพยาบาลตติยภูมิไปจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิและการดูแลในชุมชน เนื้อหาประกอบด้วยหลักการทางทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ กรณีศึกษา และคำแนะนำเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้ทันที

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้าย และครอบครัวได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมตลอดเส้นทางการดูแลและหลังการสูญเสีย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สปีดระกูล ตันตลานกุล

และคณะ

บทที่ 1

การดูแลแบบประคับประคอง และการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ในบริบทไทย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่คุกคามชีวิต ผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการระบุดีปัญหาตั้งแต่เนิ่นๆ ประเมินและจัดการอาการทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามที่ครอบคลุมว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเส้นทางของการเจ็บป่วย ไม่จำกัดเฉพาะช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น แนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นถึงวิวัฒนาการของการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว มาสู่การดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์ในทุกแง่มุม ในบริบทของประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคองได้รับการพัฒนาและปรับใช้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และระบบสุขภาพของสังคมไทย Chaiviboontham และคณะ (2021) อธิบายว่า โมเดลการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยมีลักษณะเฉพาะที่ผสมผสานระหว่างหลักการสากลกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะการบูรณาการหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่เน้นความเมตตา การยอมรับในความไม่เที่ยง และการเตรียมตัวเผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบ การศึกษาของ Pairojkul และคณะ (2021) ชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการบริการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่โรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมีการปรับโครงสร้างและกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพไทยที่มีทรัพยากรจำกัดแต่มีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง วัตถุประสงค์หลักของการดูแลแบบประคับประคองมีความหลากหลายและครอบคลุมหลายมิติ ประการแรก คือการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยการจัดการอาการต่างๆ อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นความปวด อาการหายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน หรืออาการอื่นๆ ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ประการที่สอง คือการส่งเสริมศักดิ์ศรีและความเป็นตัวตนของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง และเคารพในความต้องการ ความเชื่อ และคุณค่าของแต่ละบุคคล ประการที่สาม คือการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลให้สามารถรับมือกับภาระการดูแลทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับการสูญเสียและการไว้อาลัย

หลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองสามารถสรุปได้เป็นองค์ประกอบหลักหลายประการ หลักการแรกคือการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่คำนึงถึงมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยไม่มุ่งเน้นเพียงการรักษาโรคหรืออาการทางกายเท่านั้น แต่ให้ความสำคัญกับความรู้สึก ความกลัว ความหวัง และความหมายของชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว หลักการที่สองคือการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Team Approach) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณ ที่ร่วมมือกันวางแผน

และดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง หลักการที่สามคือการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแล และทางเลือกการรักษาอย่างตรงไปตรงมาแต่ละเยียดอ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลเพียงพอ Pairojkul และคณะ (2023) ได้ศึกษาประสบการณ์ของประเทศไทยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) พบว่า การสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม หลักการที่สี่คือการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเส้นทางของโรค ตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การรักษา จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแลหลังการสูญเสีย โดยการดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มได้พร้อมกับการรักษาโรคแบบรุกกล้า (Active Treatment) และค่อยๆ เพิ่มบทบาทมากขึ้นเมื่อโรคลุกลาม การศึกษาของ Wongprom และ Chaithanasarn (2023) ที่สำรวจความมั่นใจในการให้บริการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า แม้แพทย์จะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังต้องการการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมในบางด้าน โดยเฉพาะการจัดการอาการที่ซับซ้อน การสื่อสารข่าวร้าย และการสนับสนุนครอบครัว ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองมากยิ่งขึ้น

ความแตกต่างระหว่าง Palliative Care และ End-of-Life Care

การทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การให้บริการที่ไม่เหมาะสมหรือการเข้าถึงบริการที่ล่าช้าของผู้ป่วย ความแตกต่างพื้นฐานที่สำคัญที่สุดคือช่วงเวลาและขอบเขตของการดูแล การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มได้ตั้งแต่การวินิจฉัยโรคที่คุกคามชีวิต และสามารถดำเนินไปพร้อมกับการรักษาโรคแบบรุกกล้าหรือการรักษาเพื่อชะลอโรค ในขณะที่การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นเฉพาะช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต โดยทั่วไปหมายถึงช่วง 6 เดือนสุดท้ายหรือน้อยกว่านั้น เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจที่จะหยุดการรักษาแบบรุกกล้าและมุ่งเน้นการดูแลเพื่อความสบายเท่านั้น การศึกษาของ Chutarattanakul และคณะ (2024) เปิดเผยข้อมูลที่น่าสนใจว่า แพทย์หนุ่มในประเทศไทยจำนวนหนึ่งยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนระหว่างการดูแลแบบประคับประคองกับการุณยฆาต (Euthanasia) ซึ่งความเข้าใจที่ผิดพลาดนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่า การดูแลแบบประคับประคองไม่ได้มุ่งเร่งหรือชะลอการเสียชีวิต แต่เป็นการยอมรับกระบวนการตายตามธรรมชาติและให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มิติที่สองของความแตกต่างคือเป้าหมายและจุดเน้นของการดูแล การดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายที่กว้างขวาง ครอบคลุมการปรับปรุงคุณภาพชีวิต การจัดการอาการ การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตวิญญาณ รวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยอาจยังคงได้รับการรักษาโรคแบบรุกกล้า เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการผ่าตัด หากการรักษาเหล่านั้นมีเป้าหมายเพื่อควบคุมโรคหรือบรรเทาอาการ ในทางตรงกันข้าม การดูแลระยะสุดท้ายของ

ชีวิตมุ่งเน้นหลักๆ ที่การให้ความสบายและการรักษาคำศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยหยุดการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อยืดอายุ และมุ่งเน้นการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสบายที่สุด

ความแตกต่างที่สามารถอยู่ที่สถานที่และรูปแบบการให้บริการ การดูแลแบบประคับประคองสามารถให้บริการได้ในหลายสถานที่ ทั้งในโรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก หรือที่บ้าน ขึ้นอยู่กับความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว Dokmai และคณะ (2021) ได้สำรวจโครงสร้างและกระบวนการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศไทย พบว่า การให้บริการมีความหลากหลาย ตั้งแต่การให้คำปรึกษาแบบผู้ป่วยนอก การดูแลแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป จนถึงการมีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตมักเกิดขึ้นที่บ้านหรือในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) โดยเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและคุ้นเคยสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาของ Jiraphan และคณะ (2022) ที่สำรวจความต้องการของประชากรไทยเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านในความอบอุ่นของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมทางวัฒนธรรมไทยที่เน้นความสำคัญของครอบครัวและความผูกพันกับบ้าน อย่างไรก็ตาม การศึกษาชี้ให้เห็นว่า ยังมีความท้าทายหลายประการที่ทำให้ความต้องการนี้ไม่สามารถเป็นจริงได้เสมอไป เช่น ความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแล การขาดแคลนทรัพยากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับการจัดการอาการฉุกเฉิน ความแตกต่างที่สื่อเกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมและการวางแผน การดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นด้วยการประเมินความต้องการอย่างครอบคลุมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งอาจรวมถึงการสนทนาเกี่ยวกับความต้องการในอนาคต การตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยชีวิตในกรณีฉุกเฉิน และการเตรียมเอกสารทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง Lee และ Kim (2024) ได้วิเคราะห์อุปสรรคและกลยุทธ์ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในเอเชีย พบว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างมากต่อการสนทนาเกี่ยวกับความตายและการวางแผนสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในสังคมเอเชียที่มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการพูดถึงความตายโดยตรงไปตรงมา การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตจึงต้องอาศัยการวางแผนที่ได้ทำไว้ล่วงหน้าเหล่านี้ และมุ่งเน้นการดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้ระบุไว้ สิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำคือการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตไม่ใช่การดูแลที่แยกออกมาต่างหาก แต่เป็นส่วนหนึ่งของต่อเนื่องของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Continuum) การเปลี่ยนผ่านจากการดูแลแบบประคับประคองทั่วไปมาสู่การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตควรเป็นไปอย่างราบรื่นและไม่มีรอยต่อ โดยมีการสื่อสารที่ชัดเจนและการวางแผนที่ดีระหว่างทีมดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว การเข้าใจความแตกต่างและความเชื่อมโยงระหว่างสองแนวคิดนี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วย

สถานการณ์และนโยบายสาธารณสุขไทย

สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่าจะเริ่มต้นช้ากว่าประเทศพัฒนาแล้วในภูมิภาคตะวันตก แต่ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมไม่เพียงแต่การรักษาโรคเท่านั้น แต่รวมถึงการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย ปัจจัยสำคัญหลายประการมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของ

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ การศึกษาของ Dokmai และคณะ (2021) ได้ให้ภาพรวมที่ครอบคลุมของโครงสร้างและกระบวนการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้จะมีความก้าวหน้า แต่ยังคงมีความแตกต่างอย่างมากในการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลศูนย์มักมีทีมงานเฉพาะทางและทรัพยากรที่เพียงพอกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ความเหลื่อมล้ำนี้สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการกระจายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด นโยบายสาธารณสุขของไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะภายหลังจากการประกาศใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับต่างๆ ที่มีการบรรจุการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม Pairajkul และคณะ (2021) อธิบายว่า การบูรณาการบริการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่โรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทยได้เกิดขึ้นผ่านกลไกหลายรูปแบบ ทั้งการจัดตั้งหน่วยงานหรือทีมเฉพาะทาง การฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ การพัฒนานี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นว่า การดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่บริการเสริมหรือทางเลือก แต่เป็นองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยได้รวมบริการดูแลแบบประคับประคองไว้ในสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ซึ่งเป็นก้าวสำคัญในการรับประกันการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่ม อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Yongja และคณะ (2022) ที่สำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในโรงพยาบาลลำปาง พบว่า ยังมีอุปสรรคหลายประการที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ความรู้และความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว และความซับซ้อนของอาการของผู้ป่วย การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีนโยบายที่ดีและการครอบคลุมสิทธิประโยชน์เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ แต่ต้องมีการพัฒนาระบบสนับสนุนและการเชื่อมโยงบริการที่มีประสิทธิภาพด้วย โครงการ Home Hospice หรือการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านได้รับการส่งเสริมและพัฒนาในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการได้มีโอกาสใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านในความอบอุ่นของครอบครัว พร้อมได้รับการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม โครงการเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชนท้องถิ่น ซึ่งเป็นจุดแข็งของระบบสุขภาพไทยที่มีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมสูง อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในด้านการฝึกอบรมและเสริมศักยภาพของบุคลากรระดับปฐมภูมิให้มีความรู้และทักษะเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระบบการดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งที่น่าสนใจและมีเอกลักษณ์เฉพาะของไทย อสม. ซึ่งเป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพระดับชุมชน สามารถทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างระบบสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วย โดยช่วยติดตามอาการ ให้คำแนะนำเบื้องต้น สนับสนุน

ครอบครัว และประสานงานกับทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านการดูแลแบบประคับประคองยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการจัดการอาการที่ซับซ้อน การสนับสนุนทางจิตใจ และการรับมือกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบของ Wang และคณะ (2024) ที่วิเคราะห์ความท้าทายและแนวทางแก้ไขของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในเอเชีย แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยแบ่งปันความท้าทายบางประการกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค เช่น การขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง การจำกัดของทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะยาแก้ปวดชนิด opioids ที่มีการควบคุมอย่างเข้มงวด และอุปสรรคทางวัฒนธรรมในการสนทนากับความตายและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยก็มีจุดแข็งที่สามารถนำมาพัฒนาต่อยอด เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายชุมชนที่แข็งแกร่ง และวัฒนธรรมการดูแลครอบครัวที่เข้มแข็ง ในด้านการพัฒนากำลังคน Wongsrom และ Chaithanasarn (2023) ชี้ให้เห็นว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยยังต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติมในหลายด้านของการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการจัดการอาการที่ซับซ้อน การสื่อสารที่ยากลำบาก และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับความจำเป็นในการบูรณาการการศึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่หลักสูตรการศึกษาแพทย์และพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีจนถึงการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อสร้างบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและทัศนคติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นโยบายด้านยาแก้ปวดเป็นอีกประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายที่ผ่อนปรนการใช้ยา opioids สำหรับการแก้ปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น แต่ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงยาเหล่านี้ในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ ยังมีความกังวลของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับผลข้างเคียงและการติดยา ซึ่งบางครั้งนำไปสู่การใช้ยาในขนาดที่ไม่เพียงพอสำหรับการควบคุมอาการปวด การให้ความรู้และสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรในการใช้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การพัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผลเป็นอีกด้านหนึ่งที่ต้องได้รับความสนใจ ปัจจุบันยังขาดข้อมูลที่เป็นระบบและครอบคลุมเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพของการบริการ ผลลัพธ์ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว การมีระบบข้อมูลที่ดียิ่งจะช่วยให้การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร และการปรับปรุงคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับโมเดลการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทไทย ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวไทย และความคุ้มค่าของการลงทุนในบริการดูแลแบบประคับประคอง ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน องค์กรไม่แสวงหากำไร และภาคประชาสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่ยั่งยืน ในประเทศไทย มีองค์กรหลายแห่งที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองทั้งในรูปแบบของมูลนิธิ สมาคม และกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการเสริม การให้ความรู้แก่ประชาชน การสนับสนุนผู้ดูแล และการเป็นตัวแทนเสียงของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยเสริมศักยภาพของระบบการดูแลโดยรวม ในอนาคต การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยต้องมุ่งเน้นไปที่หลายด้าน ประการแรก คือการ

กระจายบริการให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกพื้นที่ โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนและระบบปฐมภูมิให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ประการที่สอง คือการพัฒนากำลังคนในทุกระดับ ตั้งแต่แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล เภสัชกร จนถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น ประการที่สาม คือการพัฒนากระบวนการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่ราบรื่นระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน รวมถึงการเชื่อมโยงระหว่างระดับบริการต่างๆ ประการที่สี่ คือการสร้างความรู้ความตระหนักรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อลดความเข้าใจผิดและส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยจึงเป็นภาพของการพัฒนาที่กำลังดำเนินอยู่ ซึ่งมีทั้งความก้าวหน้าที่น่าชื่นชมและความท้าทายที่ยังต้องเผชิญ ความสำเร็จในอนาคตจะขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่องของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐในการกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร บุคลากรสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ชุมชนในการสนับสนุนและมีส่วนร่วม และภาคการศึกษาในการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านการวิจัย เป้าหมายสูงสุดคือการสร้างระบบสุขภาพที่ไม่เพียงแต่สามารถรักษาโรคได้ แต่ยังเคารพและรักษาคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีของทุกคนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

การประเมินความพร้อมในการกลับบ้าน

การประเมินความพร้อมในการกลับบ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคองนอกสถานพยาบาล การประเมินที่ครอบคลุมและเป็นระบบ จะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถระบุความต้องการ ข้อจำกัด และทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยระดับนานาชาติได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Tyler et al., 2023) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินอย่างรอบด้านก่อนการตัดสินใจเปลี่ยนผ่านสถานที่ดูแล ในบริบทของประเทศไทย การประเมินความพร้อมดังกล่าวต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายมิติที่เป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย ทั้งโครงสร้างครอบครัวแบบขยาย ค่านิยมทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย ความเชื่อทางศาสนา รวมถึงระบบสนับสนุนชุมชนที่มีอยู่ (Jiraphan et al., 2022) การศึกษาของ Dokmai และคณะ (2021) พบว่าโครงสร้างและกระบวนการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศไทยยังมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งส่งผลต่อมาตรฐานการประเมินความพร้อมในการกลับบ้าน ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการประเมินที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

เครื่องมือประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

เครื่องมือประเมินความพร้อมในการกลับบ้านต้องครอบคลุมหลายมิติเพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์ของสถานการณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยส่วนสำคัญหลายประการที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

การประเมินสภาวะทางกายภาพของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สุดในกระบวนการประเมิน โรงพยาบาลต้องประเมินระดับการทำงานของอวัยวะต่างๆ สถานะโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหว

และระดับการพึ่งพาในชีวิตประจำวัน การใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน เช่น Karnofsky Performance Status Scale หรือ Palliative Performance Scale สามารถช่วยให้การประเมินมีมาตรฐานและสามารถเปรียบเทียบได้ นอกจากนี้ การประเมินระดับอาการที่ผู้ป่วยประสบ โดยเฉพาะความปวด ภาวะหายใจลำบาก และอาการทางจิตประสาท จำเป็นต้องดำเนินการอย่างละเอียดเพื่อวางแผนการจัดการอาการที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

การประเมินความซับซ้อนของการดูแลทางการแพทย์ ถือเป็นมิติที่สำคัญในการพิจารณาความเป็นไปได้ของการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การดูดเสมหะบ่อยครั้ง หรือการจัดการแผลที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษ จำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างรอบคอบว่าครอบครัวมีความสามารถและทรัพยากรเพียงพอที่จะดำเนินการหรือไม่ งานวิจัยของ Lin และคณะ (2025) ชี้ให้เห็นว่าความซับซ้อนของการดูแลทางการแพทย์เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ท้าทายการดำเนินการดูแลที่บ้านในหลายประเทศ

การประเมินศักยภาพและความพร้อมของครอบครัว เป็นส่วนสำคัญที่มักถูกมองข้ามไป แต่มีผลกระทบอย่างมากต่อความสำเร็จของการดูแลที่บ้าน การประเมินควรครอบคลุมหลายแง่มุม ได้แก่ จำนวนผู้ดูแลหลักและสำรอง ความพร้อมของผู้ดูแลในการอยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา ความสามารถทางกายภาพของผู้ดูแล ระดับความรู้และทักษะในการดูแล รวมถึงความสมัครใจและแรงจูงใจในการดูแล ในสังคมไทย แม้จะมีค่านิยมเรื่องการกตัญญูและการดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุอย่างแข็งแกร่ง (Jiraphan et al., 2022) แต่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเคลื่อนย้ายแรงงาน และโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไปอาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มีความสำคัญต่อความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้ป่วย การประเมินควรพิจารณาเรื่องความเหมาะสมของพื้นที่ การเข้าถึงห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวก การระบายอากาศ แสงสว่าง ความสะอาด และความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ การประเมินความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การเข้าถึงของผู้ช่วยเหลือฉุกเฉิน และระยะทางจากสถานพยาบาล ก็เป็นปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณา การศึกษาของ Yongja และคณะ (2022) พบว่าระยะทางจากสถานพยาบาลเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในจังหวัดลำปาง

การประเมินทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นมิติที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความยั่งยืนของการดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมักต้องใช้ค่าใช้จ่ายหลายประการ ทั้งค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่าเดินทางของบุคลากรที่มาเยี่ยมบ้าน และค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่อาจต้องลางานหรือลดชั่วโมงการทำงาน แม้ว่าจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยจะครอบคลุมบริการดูแลแบบประคับประคอง (Pairojkul et al., 2021) แต่ผู้ป่วยและครอบครัวบางรายยังคงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม การประเมินสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ การเข้าถึงระบบสวัสดิการสังคม และความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่ายจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การประเมินเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชนศาสนา ก็มีความสำคัญต่อการสร้างระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่ง

การประเมินความเข้าใจและความคาดหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่มักถูกละเลย แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการวางแผน การสำรวจความเข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแล และสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ช่วยให้ทีมสามารถปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความเป็นจริง การศึกษาในบริบทเอเชียพบว่าการสื่อสารเรื่องการพยากรณ์โรคและการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังคงเป็นความท้าทายเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Lee & Kim, 2024) ในบางครอบครัวไทย ญาติอาจเลือกไม่บอกความจริงเกี่ยวกับสถานะของโรคแก่ผู้ป่วย หรือมีความเชื่อว่าการพูดถึงความตายจะนำมาซึ่งโชคร้าย สิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการประเมินและจัดการด้วยความเข้าใจทางวัฒนธรรม

เครื่องมือประเมินที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะที่ง่ายต่อการใช้งาน ใช้เวลาไม่มากนัก และให้ผลลัพธ์ที่น่าไปใช้ได้จริง ในระดับปฏิบัติ การใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตสภาพแวดล้อมจริงผ่านการเยี่ยมบ้าน (home visit) จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสมบูรณ์ที่สุด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ

การตัดสินใจเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการที่เชื่อมโยงกัน การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตและการรักษาศักดิ์ศรี เป็นปัจจัยสำคัญอันดับต้นๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำมาพิจารณา การศึกษาของ Jiraphan และคณะ (2022) เกี่ยวกับความชอบด้านการดูแลและสุดท้ายในประชากรทั่วไปของไทยพบว่า ผู้คนส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและอบอุ่น มีครอบครัวอยู่ใกล้ชิด และสามารถรักษาความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีได้ บ้านมักถูกมองว่าเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและมีอิสระมากกว่าในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจนี้ต้องสมดุลกับความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่อง มีผลกระทบอย่างมากต่อความมั่นใจในการตัดสินใจกลับบ้าน การมีระบบสนับสนุนที่เข้าถึงได้ เช่น บริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง และความสามารถในการส่งตัวกลับโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น ช่วยให้ครอบครัวรู้สึกมั่นใจมากขึ้น งานวิจัยของ Mojtabedi และ Shen (2022) เน้นย้ำถึงความสำคัญของระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์วิกฤตเช่นช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้ครอบครัวหลายรายต้องเลือกการดูแลที่บ้านด้วยข้อจำกัดของระบบสาธารณสุข ในบริบทไทย การศึกษาของ Yongja และคณะ (2022) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านรวมถึงระยะทางจากสถานพยาบาล สถานะทางเศรษฐกิจ และการมีผู้ดูแลที่พร้อม

ปัจจัยด้านความสามารถและความมั่นใจของผู้ดูแล มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจและความยั่งยืนของการดูแล ผู้ดูแลที่รู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมักมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้าน และสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะที่เหมาะสม การสาธิตและการให้ผู้ดูแลได้ลองปฏิบัติจริงก่อนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการมอบคู่มือการดูแลที่เข้าใจง่าย ล้วนเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจ การศึกษาของ Wongprom และ Chaithanasarn (2023) เกี่ยวกับความมั่นใจในการ

ให้บริการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยชี้ให้เห็นว่าแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์บางรายก็ยังรู้สึกขาดความมั่นใจในบางด้านของการดูแล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้การศึกษาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านการดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว เป็นเรื่องที่ครอบครัวต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมักส่งผลกระทบต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ทั้งในด้านเวลา การงาน ความสัมพันธ์ และสุขภาพของผู้ดูแลเอง งานวิจัยระหว่างประเทศแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (burnout) ความเครียด และปัญหาสุขภาพกายและใจ ในสังคมไทย แม้จะมีค่านิยมเรื่องการดูแลกัน แต่ผู้ดูแลหลายรายก็ยังรู้สึกถึงภาระและความเครียดอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ การประเมินภาระการดูแลและการให้การสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น บริการพักฟื้น (respite care) หรือการให้คำปรึกษา จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะหมดไฟและรักษาคุณภาพการดูแล

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ มีบทบาทสำคัญในบริบทไทย ความเชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะพุทธศาสนา มักมีอิทธิพลต่อทัศนคติเกี่ยวกับความตาย การทำบุญ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวบางรายมีความเชื่อว่าการดูแลญาติที่ป่วยหนักที่บ้านเป็นการทำบุญและแสดงความกตัญญู ขณะที่บางรายอาจกังวลว่าการเสียชีวิตที่บ้านจะส่งผลกระทบทางจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเด็ก การทำความเข้าใจและเคารพความเชื่อและค่านิยมเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและระบบหลักประกันสุขภาพ มีผลกระทบต่อความเป็นไปได้ของการดูแลที่บ้าน แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยจะครอบคลุมบริการดูแลแบบประคับประคอง (Chaiviboontham et al., 2021) แต่ผู้ป่วยและครอบครัวบางรายยังคงต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง เช่น ค่ายาบางชนิด อุปกรณ์พิเศษ หรือการเดินทาง การศึกษาเกี่ยวกับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองโดย Sítima และคณะ (2024) ชี้ให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในหลายประเทศ

ปัจจัยด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีความสำคัญต่อความพึงพอใจและการยอมรับของครอบครัว การสื่อสารที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา แต่เห็นอกเห็นใจ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความกังวลและถามคำถาม และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการวางแผนการดูแล ช่วยให้ครอบครัวรู้สึกได้รับการเคารพและมีอำนาจในการตัดสินใจ การศึกษาของ Gerhardt และคณะ (2023) เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลกรณี (case manager) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเน้นย้ำถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีคุณภาพและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

ปัจจัยด้านประสบการณ์และความคุ้นเคยกับการดูแล ส่งผลต่อความมั่นใจในการตัดสินใจ ครอบครัวที่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือได้รับการสนับสนุนที่ดีในอดีตมักมีความมั่นใจมากกว่า ในทางตรงกันข้าม ประสบการณ์ที่ไม่ดี เช่น การรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ขาดการสนับสนุน หรือไม่สามารถจัดการอาการได้ อาจทำให้ครอบครัวลังเลที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน การแบ่งปันประสบการณ์จากครอบครัวอื่นๆ ที่ผ่านสถานการณ์คล้ายกัน (peer support) อาจช่วยให้ครอบครัวรู้สึกได้รับกำลังใจและเห็นความเป็นไปได้มากขึ้น

ปัจจัยด้านเวลาและจังหวะของการตัดสินใจ ก็มีความสำคัญเช่นกัน การตัดสินใจที่รีบร้อนหรือในสถานการณ์กดดันอาจไม่ได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ ในขณะที่การเริ่มสนทนาและวางแผนตั้งแต่เนิ่นๆ ช่วยให้มีเวลาเตรียมความพร้อมทั้งทางกายและใจ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ที่ Pairojkul และคณะ (2023) กล่าวถึงในบริบทไทยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเวลาพิจารณาทางเลือกต่างๆ และตัดสินใจอย่างรอบคอบ

การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ช่วยรอบด้านช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถให้การสนับสนุนที่เหมาะสมและปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์เฉพาะของแต่ละครอบครัว การประเมินปัจจัยเหล่านี้ควรเป็นกระบวนการต่อเนื่องและยืดหยุ่น เนื่องจากสถานการณ์อาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน

การวิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการทำความเข้าใจความซับซ้อนของการตัดสินใจและการประเมินความพร้อม กรณีศึกษาต่อไปนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญและข้อพิจารณาในการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน

นางสมหญิง อายุ 68 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย มีอาการปวดท้องที่สามารถควบคุมได้ด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน และมีภาวะบวม น้ำเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำและการเดินทางระยะไกล มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและแสดงความต้องการได้ชัดเจน นางสมหญิงแสดงความประสงค์อย่างชัดเจนว่าต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านร่วมกับครอบครัว ต้องการเวลาร่วมกับลูกหลานและสามารถทำกิจวัตรทางศาสนาที่บ้านได้ตามปกติ

ครอบครัวของนางสมหญิงประกอบด้วยสามีที่เกษียณอายุแล้ว ลูกสาว 2 คนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน และญาติพี่น้องที่พร้อมให้การสนับสนุน ลูกสาวคนโตซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสมัครใจเป็นผู้ดูแลหลัก โดยสามีและลูกสาวคนเล็กจะเป็นผู้ดูแลสำรอง บ้านของนางสมหญิงเป็นบ้านชั้นเดียวที่มีพื้นที่เพียงพอ มีห้องนอนแยกที่มีแสงและอากาศถ่ายเทดี ห้องน้ำอยู่ใกล้ห้องนอน ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง มีรถยนต์ส่วนตัวสำหรับเดินทาง และอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 15 นาที นางสมหญิงมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมบริการดูแลที่บ้าน

ในกรณีนี้ การประเมินแสดงให้เห็นถึงปัจจัยบวกหลายประการที่สนับสนุนการดูแลที่บ้าน ได้แก่ ความต้องการที่ชัดเจนของผู้ป่วย ความพร้อมและความสามารถของครอบครัว สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และระดับความซับซ้อนของการดูแลที่จัดการได้ ทีมสหวิชาชีพจึงวางแผนจำหน่ายโดยให้การฝึกอบรมแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการให้ยา การดูแลผิวหนัง การสังเกตอาการ และการบันทึกข้อมูล จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เตียงที่ปรับระดับได้และอุปกรณ์ช่วยเหลือการเดิน ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ และจัดตารางติดต่อพยาบาลกรณีผ่านทางโทรศัพท์ ผลลัพธ์ของกรณีนี้เป็นบวก นางสมหญิงได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวหลังจาก 3 เดือน ครอบครัวแสดงความพึงพอใจและรู้สึกมีความหมายที่ได้ดูแลนางสมหญิงด้วยตนเอง

กรณีนี้สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่บ้านที่ประสบความสำเร็จตามที่ Kan และคณะ (2025) ได้สังเคราะห์จากการศึกษาในประเทศจีน ซึ่งพบว่าองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านที่มีคุณภาพ ได้แก่ การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนครอบครัว การสื่อสารที่ดี และการประสานงานบริการที่ราบรื่น

กรณีศึกษาที่ 2: ผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมกับการดูแลที่บ้านในระยะแรก

นายประสิทธิ์ อายุ 55 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่แพร่กระจายไปยังสมอง มีอาการหายใจลำบากต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลา มีอาการปวดรุนแรงต้องใช้ยาแก้ปวด Morphine ทางเส้นเลือดดำ มีอาการชักเป็นครั้งคราว และมีภาวะเพ้อเป็นอย่างมาก แทบไม่สามารถกลืนได้ สติสัมปชัญญะผันผวน บางครั้งสับสน ครอบครัวของนายประสิทธิ์ประกอบด้วยภริยาที่ยังทำงานอยู่และไม่มีญาติพี่น้องใกล้ชิด ลูกทั้ง 2 คนทำงานต่างจังหวัด ภริยาแสดงความประสงค์ที่จะดูแลสามีที่บ้าน แต่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนักมาก่อน

จากการประเมิน พบว่าบ้านของนายประสิทธิ์เป็นอพาร์ทเมนต์ชั้น 4 ไม่มีลิฟต์ พื้นที่ห้องนอนเล็ก ห้องน้ำแคบและไม่มีราวจับ ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจจำกัด ไม่สามารถจ้างผู้ดูแลมาช่วยได้ นอกจากนี้บริเวณที่อยู่อาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ไม่มีระบบ Home Hospice ให้บริการในพื้นที่ และการเดินทางเข้าถึงค่อนข้างยากลำบาก

ในกรณีนี้ แม้ว่าภริยาของนายประสิทธิ์จะมีความตั้งใจดี แต่ปัจจัยหลายประการชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่บ้านในระยะนี้ไม่เหมาะสม ความซับซ้อนของอาการและความต้องการการดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดขาดผู้ดูแลที่เพียงพอ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย และการเข้าถึงบริการสนับสนุนที่จำกัด ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญ ทีมสหวิชาชีพจึงอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจว่าการดูแลต่อในโรงพยาบาลหรือโฮสพิซในระยะนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลาที่ ครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม ทีมยังคงให้ข้อมูลแก่ครอบครัวว่าหากอาการของผู้ป่วยมีเสถียรภาพมากขึ้น เช่น ความปวดสามารถควบคุมได้ด้วยยาชนิดรับประทานหรือฉีดใต้ผิวหนัง การหายใจลำบากลดลง และมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม การดูแลที่บ้านอาจเป็นทางเลือกที่พิจารณาได้ในอนาคต การประเมินควรทำอย่างต่อเนื่องเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง กรณีนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Feliciano และคณะ (2024) ที่ระบุว่าการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ แต่ต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบและมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม

กรณีศึกษาที่ 3: สถานการณ์ที่ซับซ้อนต้องการการประเมินเชิงลึก

นางสาวพิมพ์ อายุ 42 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย มีแผลเปิดบริเวณทรวงอกที่มีกลิ่น อาการปวดปานกลางที่ควบคุมได้ สติสัมปชัญญะดี มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของลูกสาวที่มีอายุ 8 ขวบ ผู้ป่วยเป็นคนเลี้ยงเดี่ยว แม่ของผู้ป่วยอายุ 70 ปี มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เต็มใจดูแลลูกสาว แต่มีความกังวลเกี่ยวกับความสามารถทางกายภาพของตนเอง พี่สาวของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้ๆ พร้อมช่วยเหลือในวันหยุด