



ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวัง
ของทีมสหสาขาวิชาชีพ



โดย
นายศิริทัศน์ กระदानพล

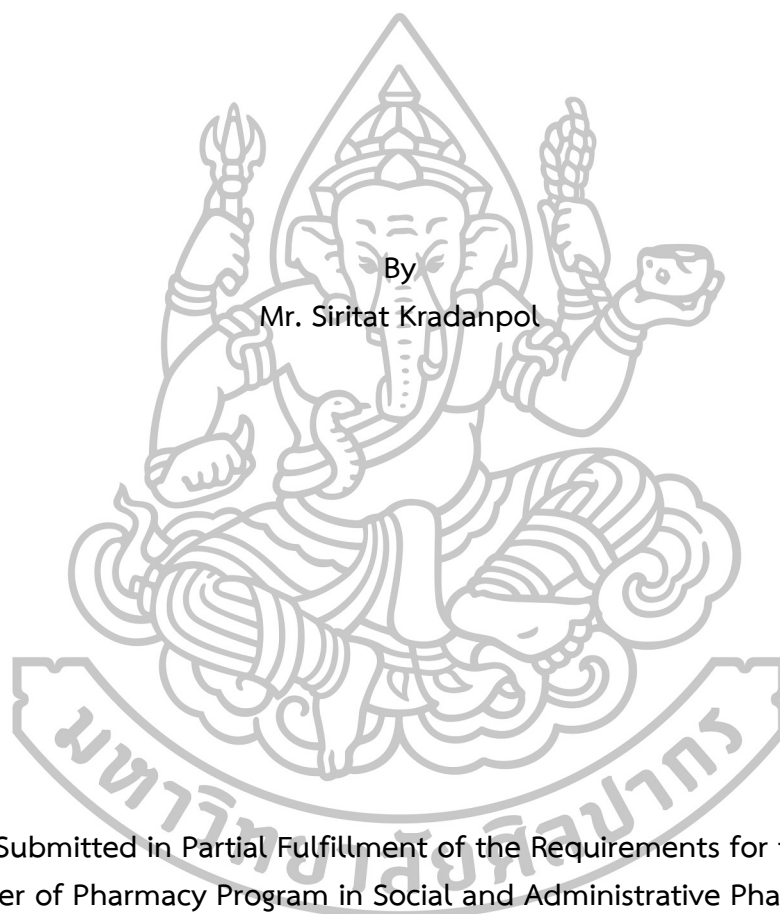
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา ๒๕๕๙
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ความสามารถของเกษตรกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวัง
ของทีมสหสาขาวิชาชีพ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา ๒๕๕๙
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ABILITIES IN PHARMACIST'S PALLIATIVE CARE ACCORDING TO EXPECTATIONS OF
MULTIDISCIPLINARY TEAM



By
Mr. Siritat Kradanpol

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree
Master of Pharmacy Program in Social and Administrative Pharmacy
Graduate School, Silpakorn University
Academic Year 2016
Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสามารถของ
เภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ” เสนอโดย
นายศิริทัศน์ กระदानพล เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เภสัชกร อาจารย์ ดร.ภานุวัฒน์ พุ่มพฤษ

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธิยา คำผล)

...../...../.....

..... กรรมการ
(เภสัชกร อาจารย์ ดร.ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช)

...../...../.....

..... กรรมการ
(เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ)

...../...../.....

..... กรรมการ
(เภสัชกร อาจารย์ ดร.ภานุวัฒน์ พุ่มพฤษ)

...../...../.....

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง / บทบาทเภสัชกร

ศิริทัศน์ กระจาดนพล : ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อ.ดร.ภานุวัฒน์ พุ่มพุกษ์. ๑๒๕ หน้า

การศึกษาความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบพรรณนาในรูปแบบเชิงสำรวจ แบ่งการศึกษาออกเป็น ๒ ระยะ โดยระยะที่ ๑ ศึกษาความคาดหวังของทีมต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์สมาชิกในทีม palliative care ที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน ๒ ทีม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาให้ได้มาซึ่งบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในงาน palliative care ส่วนระยะที่ ๒ ศึกษาระดับความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมที่ได้จากการศึกษาระยะที่ ๑ ด้วยการส่งแบบสอบถามไปยังเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน ๘๕๘ คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นโดยใช้สัดส่วน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมานโดยใช้ T-Test กับ One Way Anova

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าสมาชิกในทีมและเภสัชกรเห็นตรงกันว่าเภสัชกรเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต่อทีม palliative care โดยเห็นว่าด้านการดูแลที่เภสัชกรจะเข้ามาช่วยเหลือทีมได้ดีที่สุดคือ การดูแลด้านร่างกาย ซึ่งระบุบทบาทหลักในงานบริหารทางเภสัชกรรมทั่วไป เช่น การแนะนำขนาดยา ผลข้างเคียงจากยา อีกรูปแบบหลักคือเรื่องการจัดการอาการปวด โดยเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และคุณลักษณะที่สำคัญที่ทีมต้องการจากเภสัชกรคือ ทักษะที่ดีต่องาน รองลงมาคือการทำงานเป็นทีม ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่าความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามบทบาทที่ทีมคาดหวังจากคะแนนระดับความสามารถเต็ม ๑๐ นั้น เภสัชกรต่างเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๖.๕๐$, $SD = ๑.๗๓$) เมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าด้านการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = ๗.๒๒$, $SD = ๑.๔๙$) ส่วนด้านการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านสังคม ($\bar{X} = ๖.๔๔$, $SD = ๒.๐๐$) และด้านการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = ๖.๒๙$, $SD = ๒.๐๐$) และด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = ๖.๐๕$, $SD = ๒.๑๔$) โดยกลุ่มบทบาทงานที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถในการดูแลมากที่สุดส่วนใหญ่จะเป็นงานที่เกี่ยวกับงานบริหารทางเภสัชกรรม เช่น การแนะนำขนาดยา ปฏิบัติการระหว่างยา ผลข้างเคียงจากยา รองลงมาคือกลุ่มบทบาทงานเรื่องยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบ palliative care เช่น การประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ของทั้งผู้ป่วยและญาติ การแนะนำขนาดยา Naloxone และบทบาทงานที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถในการดูแลน้อยที่สุดก็คือ งานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การช่วยค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย ส่วนคุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในมุมมองของเภสัชกรเองคือ เรื่องขององค์ความรู้และรองลงมาคือความสามารถในการทำงานเป็นทีม

KEYWORDS : PALLIATIVE CARE / PHARMACIST ROLE

SIRITAT KRADANPOL : ABILITIES IN PHARMACIST'S PALLIATIVE CARE ACCORDING TO EXPECTATIONS OF MULTIDISCIPLINARY TEAM. THESIS ADVISOR: PANOOPAT POOMPRUEK 125 pp.

This ability in pharmacist's palliative care according to expectations of multidisciplinary team study case was studied by descriptive survey form, divided in two periods. The first period, it was studied about team's expectation in pharmacists' role and characteristic during palliative care, selected two specifically team by using content analysis to obtain. The second period, it was studied about ability of pharmacist who worked for palliative care in the tertiary hospital, accorded to the role of team from the first period by handing out a questionnaire to 858 pharmacists, then stratified random sampling was performed and the data was analyzed with software by using T-test and One way ANOVA from descriptive and inferential statistic. From the data by interviewing, it was found out that the team's member and pharmacist agreed that pharmacist is the necessary occupation of the palliative care team and also it was found that the best support from pharmacist to the team was physical care, assigned in the main role of general pharmaceutical care; such as recommended the dosage, side effect from medicines. Another main role was to manage the pain by focusing on the understanding of how to use Opioids painkiller, and the important characteristics the team needed from the pharmacist were good attitude in working and team work. The data from questionnaires showed that the ability of pharmacist in palliative care, rolled in team's expectation by themselves, were in high level ($\bar{X} = 6.50$, $SD = 1.73$), when considering for individual care filed, the pharmacists thought they had very high level caring ability in physical ($\bar{X} = 7.22$, $SD = 1.49$), and in the field they thought that they had in high level was social care ($\bar{X} = 6.44$, $SD = 2.00$), in the mental field they thought they had in normal level ($\bar{X} = 6.29$, $SD = 2.00$) and in the spiritual field ($\bar{X} = 6.05$, $SD = 2.14$). By the role in team, the pharmacists thought that they had care ability in the highest level was pharmaceutical works; such as recommending the dosage, the reaction between medicines and side effect from the medicines, in the next lower levels were the using of specific medicine and palliative care; such as evaluating the patient's attitude in using Opioids painkiller, recommendation on Naloxone dosage, and the lowest level that they thought they had was the mental and spiritual cares; such as finding the disturb problem of the patients. The good characteristic of the pharmacist view in palliative care was the knowledge and team works.

Program of Social and Administrative Pharmacy
Student's signature.....
Thesis Advisor's signature.....

Graduate School, Silpakorn University
Academic Year 2016

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก เกสัชกร อาจารย์ ดร.ภานุพัฒน์ พุ่มพฤษ์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย รวมทั้ง เกสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐริญา คำผล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เกสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ และเกสัชกร อาจารย์ ดร.สิริรัตน์ อนุรัตน์พานิช กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สัญญาศักดิ์ อรรถชยากร เกสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ระพีพรรณ ฉลองสุข และเกสัชกรฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยสำหรับทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาเภสัชศาสตร์และการบริหารทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและประสบการณ์อันมีค่าแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าของหนังสือ วารสาร เอกสาร และวิทยานิพนธ์ทุกเล่มที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้บริหารและสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลตากสิน รวมถึงเกสัชกรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลการวิจัย ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัย จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าหรือประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาแต่พระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ที่อบรมสั่งสอน แนะนำ ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
๑ บทนำ.....	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๕
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	๕
ขอบเขตของการวิจัย.....	๕
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	๖
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	๖
๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	๘
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศไทย.....	๘
หลักการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care.....	๑๐
บทบาทของวิชาชีพที่สำคัญในงาน palliative care.....	๒๕
บทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care.....	๒๗
๓ วิธีดำเนินงานวิจัย.....	๓๔
การศึกษาในระยาะที่ ๑ เรื่องความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาท และคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care.....	๓๕
การศึกษาในระยาะที่ ๒ เรื่องระดับความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจาก ความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ.....	๓๗
๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	๔๓
ผลการศึกษาในระยาะที่ ๑.....	๔๔
ผลการศึกษาในระยาะที่ ๒.....	๖๒
๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	๙๐
สรุปผลการศึกษา.....	๙๐
อภิปรายผลการศึกษา.....	๙๒
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	๑๐๐
ข้อเสนอแนะ.....	๑๐๐
รายการอ้างอิง.....	๑๐๒

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	๑๐๘
แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการศึกษาในระยะที่ ๑	๑๐๘
แบบสอบถามการวิจัยสำหรับการศึกษาในระยะที่ ๒	๑๑๓
การสะท้อนคิดด้วยตนเอง (Self-reflection).....	๑๒๑
เอกสารจริยธรรม.....	๑๒๒
ประวัติผู้วิจัย.....	๑๒๕



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล.....	๓๙
๒	การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ทั้ง โดยรวมและรายด้าน.....	๔๑
๓	รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาระยะที่ ๑	๔๔
๔	ข้อมูลส่วนบุคคลของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๒
๕	ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบ แบบสอบถาม.....	๖๔
๖	รายละเอียดของประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๔
๗	ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของเภสัชกร ผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๔
๘	รายละเอียดระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วย ในระยะสุดท้ายของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๕
๙	ความรู้ความเข้าใจในเชิงบวกต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๕
๑๐	ความรู้ความเข้าใจในเชิงลบต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๖
๑๑	ความคิดเห็นต่อความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม palliative care....	๖๖
๑๒	ระดับความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม palliative care.....	๖๗
๑๓	จุดเด่นที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะสามารถช่วยการทำงานร่วมกับทีม palliative care ได้ดี.....	๖๗
๑๔	จุดอ่อนที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีม palliative care.....	๖๘
๑๕	ความมั่นใจของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามในการเข้าร่วมทำงานกับทีม palliative care.....	๖๘
๑๖	ระดับความมั่นใจในการทำงาน palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๘
๑๗	เหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีม palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบ แบบสอบถาม.....	๖๙
๑๘	การดูแลที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีม palliative care ได้ดี.....	๖๙

ตารางที่	หน้า	
๑๙	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยรวม และรายด้าน.....	๗๐
๒๐	ระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ รายข้อ.....	๗๑
๒๑	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามเพศที่ต่างกัน.....	๗๕
๒๒	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามอายุงานที่ทำงานในโรงพยาบาลที่ต่างกัน.....	๗๕
๒๓	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและ รายด้านจำแนกตามงานประจำรับผิดชอบที่ต่างกัน.....	๗๖
๒๔	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ที่ต่างกัน.....	๗๗
๒๕	เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามลักษณะประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ที่ต่างกัน.....	๗๗
๒๖	เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วย ในระยะสุดท้ายที่ต่างกัน.....	๗๘
๒๗	เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคน ใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ต่างกัน.....	๗๙
๒๘	ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามอายุของเภสัชกร.....	๘๐
๒๙	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามเภสัชกรที่มีอายุแตกต่างกัน.....	๘๑
๓๐	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน.....	๘๑
๓๑	ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน.....	๘๒
๓๒	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน.....	๘๓

ตารางที่	หน้า
๓๓	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านร่างกายของเภสัชกรระหว่างกลุ่มการศึกษาที่แตกต่างกัน..... ๘๔
๓๔	ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care จำแนก ตามสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่ต่างกัน..... ๘๕
๓๕	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่ต่างกัน..... ๘๖
๓๖	เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ระหว่างกลุ่มที่มีสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่แตกต่างกัน..... ๘๖
๓๗	คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีม palliative care..... ๘๗



สารบัญภาพ

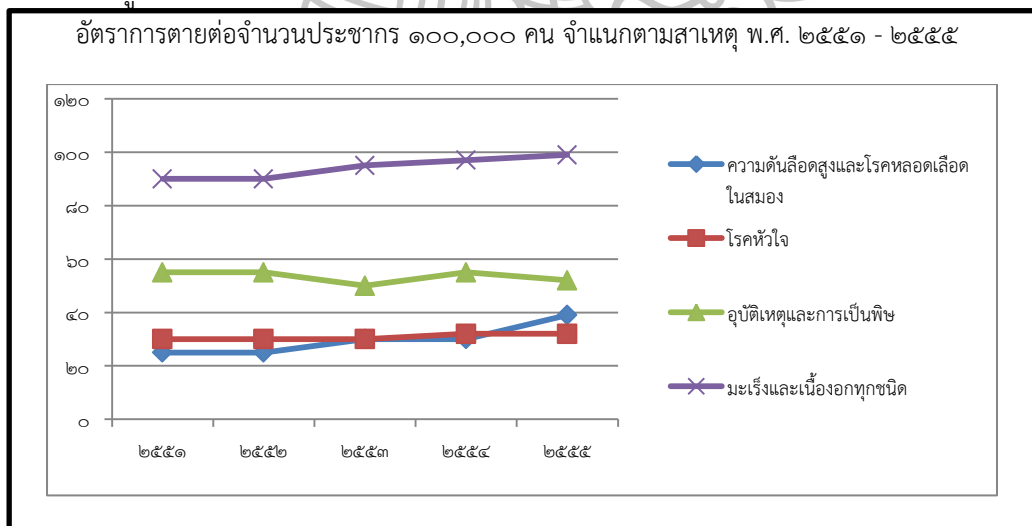
ภาพที่		หน้า
๑	อัตราการตายของคนไทยจำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕	๑
๒	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	๖
๓	การทำงาน palliative care แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ.....	๑๒
๔	รูปแบบการให้การดูแลแบบ palliative care รูปแบบเก่าและรูปแบบใหม่.....	๑๓
๕	องค์ประกอบที่สำคัญของงาน palliative care.....	๑๙



บทที่ ๑ บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความทันสมัยมากขึ้นจนสามารถที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคหรือทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอายุที่ยืนยาวขึ้นได้ จึงส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในหลายประเทศได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทำให้หลายประเทศต้องกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ ดังเช่น ในประเทศออสเตรียที่สัดส่วนของผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีต่อประชากรทั้งประเทศสูงถึง ๑ ต่อ ๖ [๑] ส่วนข้อมูลในประเทศไทยจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่คาดประมาณดัชนีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๗๓ ก็พบว่าจะมีอัตราที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกันโดยตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มากกว่าเด็ก [๒] และจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นก็ทำให้แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่มักเป็นโรคที่เกิดกับการมีอายุยืนยาว เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายระยะสุดท้าย จะมีจำนวนเพิ่มตามและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวก็จะเพิ่มขึ้นตามมาด้วย ดังข้อมูลในประเทศไทยจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ [๓] ที่ระบุว่าสถิติการเสียชีวิตของประชากรไทยส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง โดยสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕ คือ โรคมะเร็งและก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ดังแสดงในภาพที่ ๑ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนที่มากขึ้นนั้นก็หมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวก็จะเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน



ภาพที่ ๑ อัตราการตายของคนไทยจำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). สถิติการตาย ๑๐ อันดับการตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ในปี พ.ศ.๒๕๕๑- ๒๕๕๕. เข้าถึงเมื่อ ๒ กันยายน ๒๕๕๗ .เข้าถึงได้จาก :<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=.๕>

แม้การแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) จะมีความทันสมัยเพียงใดแต่ก็ยังมีโรคจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือทำได้แค่ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรังอีกหลายโรค เช่น โรคเอดส์ โรคไตวายระยะสุดท้าย เป็นต้น [๔] จนผู้ป่วยต้องก้าวเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตและตายจากโลกนี้ไปในที่สุดนั้นเพราะไม่มีอะไรสามารถทำให้คนหลีกเลี่ยงจากความตายอันเป็นสัจธรรมของชีวิตได้ [๕] เดิมผู้คนส่วนใหญ่โดยเฉพาะสังคมไทยจะคุ้นเคยกับความตายและสามารถรับมือกับมันได้เสมือนเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่จากภาวะปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงมากมายรูปแบบการรับมือกับความตายของสังคมก็เปลี่ยนไปโดยเกิดการปฏิเสธความตายที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของการมีชีวิตและเมื่อผนวกกับการแพทย์สมัยใหม่ที่มักเห็นความตายคือความล้มเหลวของการรักษา [๖, ๗] จึงทำให้บ่อยครั้งเราจะพบความพยายามในการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปให้ยาวนานที่สุดด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการปั๊มหัวใจเพื่อปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation : CPR) เมื่อหัวใจหยุดเต้น การใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อระบบหายใจล้มเหลว การใส่ท่อให้อาหารทางสายยาง (Parenteral nutrition) เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกิน รวมไปถึงการฉีดยากระตุ้นหัวใจและทำการดูแลผู้ป่วยในห้องดูแลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ซึ่งการยืดชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายก็นำมาสู่ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น [๘] แต่ปัญหาหลักที่เกิดขึ้นก็คือการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพราะเขามักจะได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ท่ามกลางอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทำให้ต้องพบกับความทุกข์ทรมาน [๙, ๑๐] รวมถึงเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของเขาลงด้วยเนื่องจากการยืดชีวิตอาจเป็นรูปแบบการดูแลที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิในการเลือก จึงทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยจะพบกับความความตายอย่างสงบตามธรรมชาติและสมศักดิ์ศรี (Dignity death) หรือที่เรียกว่าตายดี (Good death) ลดน้อยลงด้วย [๗, ๑๑]

จากปัญหาดังกล่าวทำให้หลายประเทศต้องทบทวนถึงสิ่งที่เกิดจากเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งเน้นการรักษาในมิติด้านร่างกายและหันกลับมาองการรักษาในมิติอื่น ๆ เน้นการดูแลที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งหนึ่งในรูปแบบการดูแลที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ก็คือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) [๑๒, ๑๓] โดยมีหลักการคือการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ต่าง ๆ (Relief suffering) เป็นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (Improve quality of life) ของผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นรูปแบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient focus) [๗] ซึ่งการดูแลแบบ palliative care นี้ในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญมานานแล้วและมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมดังเห็นได้จากการก่อตั้งสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) แห่งแรกของโลกขึ้นในประเทศอังกฤษในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ชื่อ St. Christopher's Hospice [๑๔] และปัจจุบันก็พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการรูปแบบการดูแลดังกล่าวมากขึ้น ดังเช่น ในประเทศอังกฤษจากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตได้เข้ารับการดูแลใน hospice ถึงกว่า ๔๖% [๑๒] เมื่อมีความต้องการที่มากขึ้นก็พบว่าจำนวนของสถานพยาบาลที่ให้บริการ palliative care ก็เพิ่มขึ้นตาม ดังการประเมินของ The National Consensus Project ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา พบว่าสถานบริการในรูปแบบ hospice ได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึง ๔๗% [๑๕] สำหรับในสังคมไทยการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care อาจจะ

ยังไม่เป็นที่รู้จักมากนักเนื่องจากรูปแบบการดูแลดังกล่าวในประเทศไทยยังถือว่าอยู่ในระดับเริ่มต้น และถูกจัดให้เป็นประเทศกำลังพัฒนาด้าน palliative care [๑๖] โดยได้เริ่มมีการตระหนักถึงงาน palliative care จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.[๔] ที่กล่าวถึงสิทธิของประชาชน ในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิตและปัจจุบันสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ก็ได้เข้ามาให้ความสำคัญกับงานนี้โดยจะมีการมุ่งเน้นกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่อง “การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่ง palliative care ก็ถือเป็น การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ [๗] จึงทำให้งานดังกล่าวได้รับการพัฒนามากขึ้นและ ปัจจุบันก็พบว่า ๖๐% ของสถานพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยได้เริ่มมีการจัดให้มีงาน palliative care ขึ้นทั้งในรูปแบบการบริการภายในสถานพยาบาลและแบบเยี่ยมบ้าน [๑๗]

ความสำเร็จในงาน palliative care มาจากหลักในการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ [๗, ๑๒, ๑๘, ๑๙] เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มที่มีความทุกข์ทรมานด้วยปัญหาที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ [๒๐] การดูแลจึงต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม เพื่อดูแลให้ได้ครบทุกมิติ ซึ่งทีมส่วนใหญ่จะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา บาทหลวง นักบวชและอาสาสมัคร โดยในอดีตเมื่อก้าวถึงบทบาทหลักในการทำงาน palliative care สมาชิกที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญคือ แพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ [๗] แต่ปัจจุบันเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ซึ่งมีทั้งในรูปแบบการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) การทำงานร่วมกับทีมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital) [๒๑] รวมถึงการทำงานในชุมชน (Community) ด้วย [๒๒] โดยสาเหตุที่ทำให้บทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care ได้รับความสำคัญมากขึ้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ ๗๐ - ๙๐ % มีความต้องการที่อยากกลับไปรักษาตัวและเสียชีวิตที่บ้าน [๒๓] ซึ่งความต้องการกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยก็นำมาซึ่งหลายปัญหาและหนึ่งในปัญหาหลักก็คือเรื่องของการใช้ยา [๑] เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาที่ซับซ้อน มีการใช้ยาทั้งจากการแพทย์แผนปัจจุบันและจากแพทย์ทางเลือกทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Medication error) ในการใช้ยาที่สูง [๒๒] และอีกปัญหาหลักที่มักพบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือเรื่องของความกลัวและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนทั้งเรื่องรูปแบบการใช้ยา การกลัวติดยาและการเข้าถึงยา [๑๘] และบุคลากรทางการแพทย์ที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวก็คือเภสัชกร

จนปัจจุบันวิชาชีพเภสัชกรได้เป็นที่ยอมรับจากสมาชิกในทีมมากขึ้นดังมีผลการศึกษาลถึงบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม palliative care ในต่างประเทศ เช่น ในประเทศออสเตรเลียพบว่าบทบาทหลักของเภสัชกรในทีมคือการแนะนำสูตรตำรับยาที่เหมาะสม รองลงมาคือ การแจ้งเตือนเกี่ยวกับปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ตามมาด้วยการติดตามระดับยาในการรักษา (Therapeutic drug monitoring) [๒๑] ขณะที่ในประเทศแคนาดาเภสัชกรจะมีส่วนร่วมในการประชุมทีม (Team meeting) ด้วย [๒๔] สำหรับประเทศอังกฤษก็ได้กำหนดบทบาทหลักของเภสัชกรไว้ในเรื่องการให้บริการทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ซึ่งได้แก่ การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะราย การแนะนำสูตรตำรับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การชี้แจงนโยบายยา

การร่วมวางแผนการกลับบ้านของผู้ป่วย (Discharge planning) และการแนะนำผู้ป่วยในการใช้ยา การแบ่งยา การเก็บรักษายาให้ปลอดภัยรวมถึงการบริหารยา [๒๕] ส่วนสมาคมเภสัชกรรมของสหรัฐอเมริกา (American Society of Health-System Pharmacists : ASHP) [๒๖] ก็ระบุว่า บทบาทหลักของเภสัชกรในงาน palliative care ก็คือการให้บริการทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เช่นกัน จากความสำคัญดังกล่าวจึงทำให้หลายประเทศกำหนดให้ต้องมี เภสัชกรในทีม palliative care อย่างเช่น ในประเทศอังกฤษที่ได้กำหนดให้มีเภสัชกรในทุก hospice [๒๗] หรือในประเทศสหรัฐอเมริกาก็กำหนดให้เภสัชกรเป็นหนึ่งในสมาชิกของทุกทีมสหวิชาชีพที่ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice interdisciplinary teams) [๒๖] เช่นกัน ปัจจุบันก็พบว่าแพทย์และ สมาชิกในทีมก็ได้ให้การยอมรับในบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม โดยพบว่าคำแนะนำ (Intervention) ที่เภสัชกรมีให้แก่แพทย์ในทีมได้รับการยอมรับสูงถึง ๘๙.๔% [๒๘] และก็มีผล การศึกษาถึงการมีเภสัชกรในทีม palliative care พบว่าการให้คำแนะนำ (Intervention) โดย เภสัชกรกว่า ๖๐% สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ [๒๑] และผู้ป่วยที่ได้รับการปรับตาม คำแนะนำ (Intervention) ของเภสัชกรก็มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นด้วยถึง ๗๙.๙% [๒๘] ซึ่งใน การศึกษาของ Hussainy และคณะ [๒๙] พบว่าสมาชิกในทีม palliative care ทุกคนระบุว่าการมี เภสัชกรในทีมช่วยเพิ่มความรู้เรื่องยาให้แก่สมาชิกในทีมโดยเฉพาะความรู้เรื่องการใช้ยาที่แตกต่างจาก การใช้ยาทั่ว ๆ ไป

จากผลการศึกษาทั้งเรื่องบทบาท คุณค่าและการยอมรับในการมีส่วนร่วมของเภสัชกรใน งาน palliative care ทำให้สถานบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง ทีม palliative care ดังเช่น โรงพยาบาลรามารามิบัติ [๓๐] โรงพยาบาลศิริราช [๗] โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ [๔] ได้มีการรวมเภสัชกรเข้าไปเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย แต่จากผล การศึกษาบทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care ที่กล่าวมาล้วนเป็นการศึกษาที่ทำใน ต่างประเทศเนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยยังมีจำกัดโดยส่วนใหญ่แล้วจะพบการศึกษาในเฉพาะ บทบาทของแพทย์และพยาบาล จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาบทบาทของเภสัชกรไทยใน การทำงาน palliative care เนื่องจากบริบทของประเทศไทยกับต่างประเทศมีความแตกต่างกันไม่ว่า จะเป็นฐานความคิดเรื่องโรค ฐานความคิดเรื่องความเจ็บป่วยและความตาย สังคมวัฒนธรรม ทำให้ บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในทีม palliative care อาจมีความแตกต่างกัน รวมถึงเมื่อพิจารณาจาก บทบาทที่ศึกษามาส่วนใหญ่แล้วจะเป็นบทบาทงาน ทั่ว ๆ ไปของเภสัชกรซึ่งเกี่ยวกับเรื่องยาเป็นหลัก แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าในบริบทของประเทศไทยเภสัชกรอาจจะมียุทธศาสตร์ที่ไม่ได้จำเพาะกับเรื่องยาเท่านั้น เช่น นอกเหนือจากการดูแลเรื่องเกี่ยวกับยาแล้วในบางโอกาสเภสัชกรอาจจะทำหน้าที่ดูแล ประคับประคองผู้ป่วยในมิติทางจิตใจหรือจิตวิญญาณด้วยก็เป็นได้

อีกทั้งเมื่อกล่าวถึงความสามารถในการทำงานนอกเหนือจากการรับรู้ในบทบาทของ ตนเองแล้ว คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานก็จะมีผลต่อความสำเร็จในการทำงาน ดัง การศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง [๓๑] ที่พบว่าปัจจัยด้านบุคคลซึ่งได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ด้านพยาบาลและหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ขณะที่การศึกษาของ Bradley และคณะ [๓๒] ก็พบว่าคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงานที่มีผลกับการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ระดับความรู้และการฝึกปฏิบัติงานดังกล่าว นอกจากนี้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [๓๓] รวมไปถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดกับตนเองหรือการดูแลคนรักที่ป่วยในระยะสุดท้าย [๓๑] ก็ถือเป็นสิ่งที่มีผลต่อการทำงาน palliative care ให้ประสบความสำเร็จด้วย จึงทำให้ผู้วิจัยมีความต้องการทราบถึงคุณลักษณะของเภสัชกรที่จะมีผลต่อการทำงาน palliative care เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนและสร้างแนวทางปฏิบัติของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. ศึกษาความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในงาน palliative care
๒. ศึกษาระดับความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. นำข้อมูลคุณลักษณะและบทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care ที่ได้มาพัฒนาการทำงานร่วมกันของเภสัชกรกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด
๒. นำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย เพื่อให้เภสัชกรเห็นความสำคัญในงาน palliative care และเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ทำการศึกษาความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณลักษณะและบทบาทของเภสัชกรในการทำงาน palliative care โดยขอบเขตประชากรคือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (Health care professional) ที่ทำงาน palliative care ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา และทำการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพกับเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๙

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ
ต่อการทำงาน palliative care ของ
เภสัชกร

๑. คุณลักษณะของเภสัชกรในงาน
palliative care ตามความคาดหวังของทีม
๒. บทบาทของเภสัชกรในงาน palliative
care ตามความคาดหวังของทีม

ความสามารถของเภสัชกรในการปฏิบัติงาน
palliative care

๑. คุณลักษณะของเภสัชกรในงาน palliative
care จากมุมมองของเภสัชกร
๒. ระดับความสามารถในการปฏิบัติงาน
palliative care ตามบทบาทจากความ
คาดหวังของทีม
๓. ปัญหา อุปสรรคและสิ่งเอื้อในการทำงาน
palliative care ของเภสัชกร

ภาพที่ ๒ กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหา ประเมิน และการรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ โดยเริ่มตั้งแต่การได้รับวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย จนถึงหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม [๑๘]

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) คือทีมที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยวิชาชีพที่หลากหลายทำงานร่วมกัน โดยสมาชิกแต่ละคนจะทำงานในนามของวิชาชีพของตนเองเป็นอันดับแรก และในนามของสมาชิกในทีมเป็นอันดับที่สอง ลักษณะการนำเป็นแบบตามลำดับชั้นโดยมีแพทย์เป็นผู้นำ สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ลักษณะการดูแลผู้ป่วยเป็นความชำนาญตามวิชาชีพของตนเอง [๔] โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน palliative care มักจะประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา บาทหลวง นักบวช เป็นต้น [๑๘]

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด

(Sub-specialty) และยังหมายรวมถึงหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง (Excellence center) เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง เป็นต้น [๓๔]



บทที่ ๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสามารถของเภสัชกรในการงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ๒.๑ แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศไทย
- ๒.๒ หลักการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care
- ๒.๓ บทบาทของวิชาชีพที่สำคัญในงาน palliative care
- ๒.๔ บทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care

๒.๑. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศไทย

เมื่อก้าวถึงความตายที่ถือเป็นสัจธรรมของชีวิต จะพบว่าในอดีตผู้คนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะชาวไทยพุทธจะมีความศรัทธาและการรับมือกับมันได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นผลมาจากทัศนคติและวิถีคิดของคนในอดีต ด้วยวิถีชุมชนที่เป็นสังคมที่พึ่งพากัน ผู้คนในสังคมมีความสัมพันธ์ที่แนบแน่น และการแพทย์ที่ยังไม่ก้าวหน้าเหมือนปัจจุบัน ความตายจึงเป็นสิ่งที่คนในชุมชนพบเห็นและต้องช่วยเหลือกัน จึงทำให้คนในอดีตอยู่กับความตายจนเป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อต้องเผชิญหน้ากับความตายไม่ว่าจะเป็นของตนเองหรือของคนในครอบครัวก็สามารถที่จะรับมือและก้าวผ่านช่วงเวลานั้นได้ โดยมีการยอมรับความตายอย่างไม่ขัดขืน แต่เมื่อเวลาผ่านไปความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ที่หลังไหลเข้ามา ทำให้สังคมมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง โครงสร้างสังคมมีความซับซ้อนขึ้น ผู้คนต่างถิ่นรกร้างทำให้เกิดการถอยห่างจากกัน จนแม้แต่เรื่องของการเจ็บป่วยที่เดิมเคยเป็นภาระของสังคมก็ถูกโยนให้เป็นภาระหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ [๗] จนดูเหมือนความตายจะไม่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้คนในยุคปัจจุบันอีกต่อไป [๖]

ด้วยระบบสุขภาพแบบแยกส่วนที่ให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องทางกายผนวกกับแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ที่มีฐานความคิดตามหลักวิทยาศาสตร์โดยมุ่งที่จะควบคุมและเอาชนะธรรมชาติ ทีมผู้รักษาจึงพยายามใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้ถึงที่สุดเพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึ่งบางครั้งอาจเป็นการดิ้นรนหลีกเลี่ยงความตาย จนทำให้ผู้คนในปัจจุบันขาดความรู้และทักษะในการเยียวยารักษาใจในวาระสุดท้ายของชีวิต การตายจึงกลายเป็นเรื่องทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง [๑๑] เมื่อรับรู้ถึงความตายคือเรื่องที่ทุกข์ทรมานจึงเกิดการยื้อชีวิตที่เราพบเห็นจนชินตา ดังเช่น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จนทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องอยู่กับอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่อยู่รอบตัว และบ่อยครั้งก็ต้องอยู่ในห้องดูแลผู้ป่วยหนักซึ่งญาติก็มักไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปอยู่ด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างเดียวดาย ตายอย่างโดดเดี่ยวและไม่สงบหรือที่เรียกกันว่า “หลงตาย” [๗] และเนื่องจากจิตที่ดีในช่วงสภาวะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะนำไปสู่สิ่งที่ตั้งตามหลังสิ้นสุดแห่งชีวิต [๓๕] ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยพบกับความตาย

ตัวอย่างสงบจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกศาสนาได้กล่าวเอาไว้ ดังที่ พระไพศาล วิศาโล [๓๖] ได้แปลจากหนังสือ The Tibetan Book of Living and Dying ไว้ว่า “การตายอย่างสงบ เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนาสอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อความปกติสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย และไม่มีสิ่งประเสริฐใด ๆ ที่คุณสามารถให้ได้ นอกเหนือจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี”

ความหมายของคำว่าตายดี (Good death) ตามหลักพระพุทธศาสนาที่ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) [๓๗] ได้กล่าวไว้ว่า “การตายดี คือการมีสติไม่หลงตายและที่ว่าตายดีนั้นไม่ใช่ตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติ ไม่หลงตาย” ซึ่งสอดคล้องกับที่ท่านพุทธทาสได้กล่าวไว้ว่า “การทำให้ตายดีนั้นคือการทำให้ผู้ป่วยยอมรับได้ว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว เพื่อที่เขาจะได้เตรียมตนเอง ให้เผชิญกับความตายได้อย่างสงบ และมีสติที่จะรับมือกับความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น” [๙] หรือแม้แต่ WHO [๓] ก็ได้ให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่าเป็น การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติและผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยอมรับในภาวะโรคและยอมรับในขั้นตอนที่จะทำให้เกิดการตายที่ดีจึงถือเป็นบทบาทที่สำคัญที่ทีมดูแลสุขภาพควรพยายามทำให้เกิดขึ้น

นอกเหนือจากเรื่องการตายดีแล้วยังมีเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศที่สูงขึ้นที่เป็นอีกปัญหาใหญ่ที่ระบบสุขภาพของประเทศต้องหันมาให้ความสำคัญในการแก้ปัญหา เนื่องจากพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศร้อยละ ๓๕ ต้องถูกใช้ไปในการบริบาลผู้ป่วยในช่วง ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย [๑๓] นอกจากนี้ยังรวมถึงค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ต้องสูญเสียไปในระยะเวลาของการรักษาด้วย ซึ่งปัจจุบันก็ได้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรูปแบบหนึ่งที่มีผลการศึกษายืนยันว่าสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวและได้รับการยอมรับจาก WHO นั่นก็คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) [๔, ๗, ๑๒, ๑๔, ๓๘, ๓๙] ซึ่งแท้จริงแล้วก็เป็นรูปแบบการดูแลที่มีอยู่ในสังคมไทยมาแต่อดีตแต่ได้ถูกความเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้รูปแบบการดูแลนั้นเลือนหายไป โดยสิ่งที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลแบบ palliative care อย่างเป็นทางการในประเทศไทยก็คือจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่ได้กล่าวถึงสิทธิของประชาชนในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิตรวมถึงสิทธิในการเลือกรูปแบบการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย โดยที่ในมาตรา ๑๒ [๔] ได้ระบุไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยเมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

โดยจุดประสงค์หนึ่งของการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ก็เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การดูแลผู้ป่วย แต่จากจุดนี้ก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของงาน palliative care ในประเทศไทยจนทำให้ปัจจุบันงานดังกล่าวได้รับความสำคัญจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ดังเห็นได้จากการที่สถานพยาบาลภาครัฐกว่า ๖๐ % ได้จัดให้มีงานบริการดังกล่าวเกิดขึ้น [๑๗] รวมถึงได้มีการเริ่มก่อสร้างสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) ขึ้นแล้วในบางที่

๒.๒. หลักการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care

จากความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ที่กล่าวมาทำให้งานดังกล่าวได้รับความสำคัญจากหลายประเทศและในปัจจุบันก็ได้มีการเรียกร้องการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในลักษณะผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วย และในระดับชุมชน [๔๐] เมื่อความต้องการมีมากขึ้นทั่วโลกก็ได้มีสัญญาณที่ดีในการให้ความสำคัญกับงาน palliative care เมื่อแพทย์สมาคมโลก (World Medical Association) ได้ออกเป็นปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย [๑๘] ว่าด้วยสิทธิในการยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและระบุว่ากระบวนการยืดความตาย (Prolong life) ในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีทางแพทย์ เป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (Dehumanization) และก็ได้มีผู้ให้นิยามความหมายของการดูแลแบบ palliative care ไว้มากมาย ดังนี้

๒.๒.๑ นิยามความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care

องค์การอนามัยโลก (WHO) [๑๘] ให้ความหมายไว้ในปี ๒๐๐๕ ว่า palliative care คือรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหา ประเมิน และการรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ โดยเริ่มตั้งแต่การได้รับวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยจนถึงหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม

สถาพร สีสานันทกิจ [๔๑] ให้ความหมายว่า palliative care หมายถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงระยะเวลาการป่วยไข้ของผู้ป่วยรวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย

สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ [๓๙] ก็ได้ให้ความหมายของ palliative care ไว้ว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและทำได้เพียงดูแลแบบประคับประคอง ใน

เรื่องอาการเจ็บปวดและอาการอื่นๆที่เกิดกับผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด

ปัทมา โภมบุตตร [๑๖] กล่าวว่า palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีเวลาในชีวิตเหลืออยู่จำกัด (Life limited disease) ให้ใช้ระยะเวลาที่เหลืออย่างมีคุณภาพ (Quality time)

โดยแต่เดิมการดูแลแบบ palliative care นี้ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการดูแลที่ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งก็ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลายดังนี้

อารีญา ต่านผาทอง [๔๒] กล่าวว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และมีข้อบ่งชี้ว่าจะมีอาการเสื่อมลงและอาจมีชีวิตอยู่ได้นานไม่ถึง ๖ เดือน

สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ [๓๙] ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยที่มีอาการที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องของการเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด

ซึ่งจากนิยามต่าง ๆ ก็สามารถสรุปเป็นลักษณะของการดูแลแบบ palliative care ได้ว่าเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening-illness) การดูแลจะมุ่งเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครบทุกมิติของสุขภาพ (Holistic health care) คือเป็นระบบสุขภาพที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) โดยดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การสูญเสีย ความเศร้าโศก ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งยึดถือตามความเชื่อทางด้านศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ โดยการทำงานมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ ป้องกันและเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ สบาย พร้อมด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ นั่นคือแทนที่ทุกฝ่ายจะคิดถึงแต่การยื้อชีวิตหรือยืดลมหายใจของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุด ซึ่งบ่อยครั้งกลับเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยจนสิ้นลม ควรหันกลับมาช่วยกันประคับประคองและดูแลจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับความสงบในวาระสุดท้ายและสนับสนุนคำจูนครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาวิกฤติกับผู้ป่วยที่ป่วยหนักและตายจากไปอย่างราบรื่นได้

๒.๒.๒ รูปแบบการทำงานการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care

การทำงานการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care จะเป็นรูปแบบการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) [๗, ๑๘, ๔๓] เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน มีปัญหาหลายอย่างที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางการแพทย์ ปัญหาด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ รวมถึงด้านกฎหมาย ซึ่งทำให้ต้องใช้ความละเอียดอ่อนและความชำนาญเฉพาะด้านในการดูแล จึงพบว่าไม่ว่าจะเป็นในประเทศไทยหรือต่างประเทศรูปแบบการทำงานก็จะใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีม ดังจะเห็นได้จากสิ่งที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (โรงพยาบาลสวนดอก) ทำคือการสร้างคณะกรรมการ palliative care จนในปี พ.ศ.๒๕๔๙ ก็ได้

ร่วมกันสร้างเป็น “แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ” ขึ้น [๔] และในต่างประเทศก็มีการศึกษาที่พบว่าการทำงานเป็นทีมถือเป็นรูปแบบการดูแลที่ได้ผลดีเพราะช่วยให้ผู้ป่วยสะดวกและประหยัดเวลารวมถึงค่าใช้จ่ายด้วย [๑๒] โดยในทีมสหสาขาวิชาชีพที่กล่าวถึงจะประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา รวมไปถึงครอบครัวญาติมิตรที่ให้การดูแลผู้ป่วย บาทหลวง นักบวช และอื่นๆ เช่น หมอนวด นักศิลปะหรือดนตรีบำบัด ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลชีวิตเด็ก และอาสาสมัครที่มาร่วมกัน [๑๘, ๔๔] โดยลักษณะทีมทำงานสามารถแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้

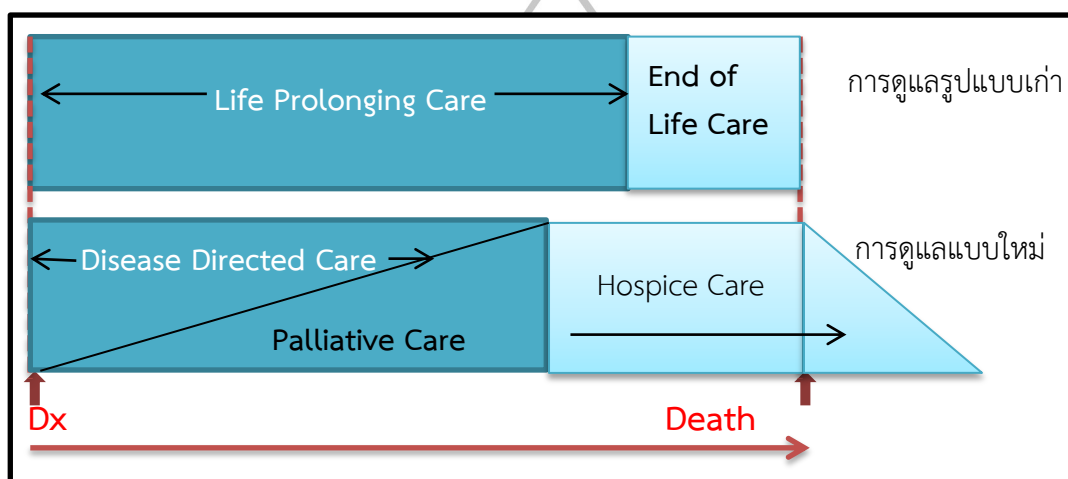


ภาพที่ ๓ การทำงาน palliative care แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. **เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๓.

จากแผนภาพแสดงการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพจะพบว่าเป็นลักษณะการดูแลทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยสมาชิกในทีมโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) [๔๑] ซึ่งทีมจะทำหน้าที่สำคัญในการจัดการกับอาการปวดและอาการอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ อาการเหนื่อย หอบ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ผอม ซึมเศร้า หายใจไม่สะดวก สับสนและท้องผูก เป็นต้น การทำงานจะเน้นการสื่อสารที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยและต้องทำหน้าที่ได้

ทั่วทุกแห่งและตลอดเวลา โดยปัจจุบันนี้การจะเริ่มต้นให้การดูแลแบบ palliative care กับผู้ป่วยได้มีความแตกต่างจากเดิม ที่ในอดีตการดูแลจะเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิตคืออาจมีชีวิตเหลืออีกไม่เกิน ๖ เดือน - ๑ ปี [๓๙] นั่นคือเมื่อรักษานอนไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้แล้วจึงจะมาใช้รูปแบบการดูแลแบบ palliative care แต่ปัจจุบันรูปแบบการดูแลได้เปลี่ยนมาเป็นการเริ่มต้นดูแลตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยจะเป็นการดูแลเพื่อให้หายจากโรค (Curative care) ผสมผสานควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ ๔ รูปแบบการให้การดูแลแบบ palliative care รูปแบบเก่าและรูปแบบใหม่
ที่มา: World Health Organization. "Pain Relief and Palliative Care." **National Cancer Control Programes. Policies and Managerial guideline**, no. ๒ (๒๐๐๒): ๘๓-๙๑.

อีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก็เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นหลัก แต่ปัจจุบันการดูแลได้หมายรวมถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะคุกคามของโรคที่รักษาไม่หาย (Life threatening illness) เช่น โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรคไตหรือตับวาย โรคปอดระยะสุดท้าย โรคระบบประสาท โรคความจำเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด โรคพาร์กินสัน และโรคความเสื่อมทางระบบประสาทต่าง ๆ [๑๙] โดยมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบ palliative care ออกมาได้ดังต่อไปนี้ [๓๙]

๑. โรคมะเร็ง (Cancer) ชนิดต่าง ๆ
๒. โรคระยะสุดท้ายที่พยากรณ์โรคไม่ดี (Advance diseases with poor prognosis) เช่น โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (End stage heart failure) โรคปอดระยะสุดท้าย (End stage lung diseases) โรคไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal failure)
๓. ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe cortical dementia)
๔. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (Advance HIV / AIDS)

๒.๒.๓ สถานที่และลักษณะการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ตามหน่วยดูแลต่าง ๆ

การดูแลในรูปแบบ palliative care มีช่องทางการให้บริการในหลายระดับหรือหลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice unit) ในหน่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาล (Hospital unit) หรืออาจเป็นในระดับชุมชน (Community unit) ซึ่งการดูแลแต่ละรูปแบบก็จะมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามการเข้าถึงผู้ป่วยในแต่ละระดับการดูแล

๒.๒.๓.๑ การดูแลในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice unit) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ทำในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ เป็นการดูแลในรูปแบบประคับประคองอาการในช่วงสุดท้ายของโรคซึ่งรักษาไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่าและมุ่งเน้นการรักษาที่เพิ่มคุณภาพชีวิตเป็นหลัก ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการดูแลที่ทำในผู้ป่วยที่พยากรณ์ได้ว่าน่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน [๓๙] โดยการทำงานจะมีทีมแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลเฉพาะด้านคอยดูแล ซึ่งรูปแบบการดูแลแบบนี้ส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบที่มีในต่างประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศอังกฤษ แคนาดา และประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น สำหรับประเทศไทยนั้นการดูแลในรูปแบบนี้ยังถือว่าอยู่ในระยะของการเริ่มก่อตั้งสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [๔๕] และก็มีประเภทที่จัดทำเป็นสถานที่รับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปางได้จัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยจำนวน ๑๙ เตียง [๔]

๒.๒.๓.๒ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital unit) เป็นการดูแลที่หมายรวมทั้งการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารักษาในโรงพยาบาลที่มีการดูแลผู้ป่วยหลายประเภท คือ สถานพยาบาลที่ดูแลเฉพาะรูปแบบ palliative care เหมือน hospice ซึ่งการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยนอกนั้นบางที่อาจเป็นการดูแลที่มีหน่วยงานดูแลแบบ palliative care แยกออกมาเป็นหน่วยเฉพาะ เช่น ศูนย์บริรักษ์ของโรงพยาบาลศิริราช หน่วยชีวันตาทิบาลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือศูนย์ชีวาภิบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น ส่วนการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่ผู้ป่วยก็จะอยู่รวมกันกับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป แต่อาจมีบางโรงพยาบาลที่มีการแยกดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมา เช่น หอผู้ป่วย กว.๓ (ประคับประคอง) โรงพยาบาลสงฆ์ [๔๑] เป็นต้น แต่รูปแบบการดูแลก็จะคล้ายกันคือใช้ทีมทำงานในการเข้าดูแลผู้ป่วยและญาติ แต่การทำหน้าที่ของทีมจะไม่ได้จำเพาะกับงาน palliative care คืออาจจะมียานรับผิดชอบอื่นในโรงพยาบาลรวมอยู่ด้วย

๒.๒.๓.๓ การเยี่ยมบ้านหรือการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) คือการดูแลสุขภาพที่ทำเพื่อความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะราย โดยการเข้าดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ เป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย สภาพแวดล้อมของบ้านผู้ป่วย การประสานงานกับทีมรักษาถึงการรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อให้หน่วยงานหรือแผนกต่าง ๆ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนั้น ๆ โดยจุดมุ่งหมายของการเยี่ยมบ้านคือ เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เพื่อการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเจ็บไข้ ส่งเสริม คงไว้ และฟื้นฟูสุขภาพหรือลดภาวะของการเจ็บไข้และการพิการที่เป็นอยู่ให้น้อยลง [๔๑] รวมถึงการประสานกับสถานพยาบาล

ในพื้นที่ให้เข้มา่วมประเมินและดูแลผู้ป่วยด้วย [๑๖] ซึ่งรูปแบบการทำงานก็มีทั้งการเยี่ยมบ้าน เฉพาะทีม palliative care หรืออาจจะเป็นการออกเยี่ยมร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน (Home health care) ทีมอื่น ๆ ก็ได้

๒.๒.๔ มิติในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care

จากหลักการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ก็สามารถจำแนกองค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยออกเป็นมิติหลัก ๆ ได้ ๔ มิติดังนี้

๒.๒.๔.๑ การดูแลในมิติด้านร่างกาย (Physical care) คือการแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคหรือภาวะที่เกิดจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดการกับอาการปวดและอาการอื่น ๆ เช่น ภาวะท้องมาน (Ascites) จากมะเร็ง อาการผอมแห้ง (Cachexia) เบื่ออาหาร (Anorexia) คลื่นไส้อาเจียน (Nausea / Vomiting) อาการเหนียวลิ้น ปากแห้ง (Dry mouth) รวมถึงอาการหายใจลำบาก (Breathlessness / Dyspnea) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นการทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะใกล้ตาย โดยการดูแลด้านร่างกายนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งการดูแลในด้ำนร่างกายนี้ก็เป็นมิติที่บุคลากรทางการแพทย์มักมุ่งเน้นเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยในทุกรูปแบบอยู่แล้ว [๔๖]

๒.๒.๔.๒ การดูแลในมิติด้านจิตใจ (Psychological care) ความทุกข์ทางจิตใจเป็นอีกเรื่องสำคัญที่ทีมผู้ดูแลต้องตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากความเจ็บป่วยทางกายเมื่อเกิดขึ้นแล้วยังส่งผลต่อจิตใจด้วยคือเมื่อกายป่วยใจก็มักจะถูกด้วยเสมอ ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตใจก็เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเบื้องหน้าก็คือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง [๔๗] ดังนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการไม่เพียงแต่การดูแลด้ำนร่างกายเท่านั้น หากแต่ทางจิตใจก็ยังเป็นสิ่งที่เขาต้องการเช่นกัน ดังการศึกษาของ Steinhauser และคณะ [๔] ที่พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จัดอันดับการดูแลที่เขาต้องการเรียงลำดับความสำคัญดังนี้ การทำให้ปราศจากความเจ็บปวด การทำให้ปราศจากความวิตกกังวล การทำให้ปราศจากการหายใจลำบากและการได้รับสัมผัส นั้นบ่งบอกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างมีความกลัวและมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลในด้ำนจิตใจ โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้ำนจิตใจ ๓ อย่างคือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะสับสน (Delirium) [๔๘] ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นผู้ป่วยหนักและอยู่ในระยะสุดท้ายก็มักจะมีปฏิกิริยาและอารมณ์ความรู้สึกในการตอบสนองดังนี้คือ เริ่มด้ำนการปฏิเสธ (Denial) ตามมาด้ำนด้วยความโกรธ (Anger) การต่อรอง (Bargaining) ความซึมเศร้า (Depression) จนมาถึงการยอมรับ (Acceptance) [๗] ดังนั้นสมาชิกในทีมต้องทำความเข้าใจกับปฏิกิริยาดังกล่าวที่จะต้องเกิดขึ้นแล้วร่วมกันช่วยเหลือผู้ป่วย และอีกเรื่องที่มีความสำคัญต่อจิตใจผู้ป่วยที่สมาชิกในทีมและญาติผู้ดูแลต้องใส่ใจคือการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้มากที่สุด เนื่องจากการศึกษาพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยที่ใกล้ตายกลัวที่สุดคือการถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยวและสิ่งที่ผู้ป่วยเขาต้องการก็คือ คนที่เข้าใจเพื่ออยู่ข้าง ๆ เขา ซึ่งก็อาจจะเป็นญาติ คนที่เขารักหรืออาจจะเป็นสมาชิกในทีมก็เป็นได้ [๔๖] แต่การดูแลด้ำนจิตใจนั้นไม่ใช่จะมีเพียงแค่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องการแต่ยังหมายรวมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งก็จะมีคามทุกข์ไม่

น้อยไปกว่าผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงเวลาหลังการสูญเสียผู้ป่วย (Bereavement) ที่ถือเป็นช่วงที่ต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจเป็นอย่างมาก [๗, ๑๖]

๒.๒.๔.๓ การดูแลในมิติด้านสังคม (Social care) เป็นอีกด้านที่ต้องใส่ใจและให้ความสำคัญเพราะเมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย [๓๙] เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางคนอาจไม่ต้องการยาหรือการรักษาเพื่อให้หายจากโรคแต่เขาทั้งหลายยังเป็นบุคคลที่ต้องการความสนใจเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและจากคนในสังคม [๔๓] โดยจากการสำรวจของ A nationwide Gallup ก็พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ๙ ใน ๑๐ คนต่างต้องการได้รับการดูแลที่บ้านและจากการศึกษาของ Hussainy และคณะ [๒๙] ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนมาก ๗๐ – ๘๐ % อยากได้รับการดูแลและเสียชีวิตที่บ้านเช่นกัน เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะสูญเสียบทบาททางสังคมไป [๑๖] และเมื่อถามถึงเรื่องความกลัวที่เกี่ยวกับความตายสิ่งที่เป็นคำตอบที่ผู้ป่วยกลัวที่สุดสิ่งหนึ่งคือการกลัวการพลัดพรากจากเพื่อนและคนในครอบครัว [๒๖] นั่นแสดงว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลด้านสังคมจากกลุ่มคนที่เขารักรวมถึงจากคนในสังคมด้วย ซึ่งการดูแลด้านสังคมนี้นี้ก็ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงเวลาหลังการสูญเสียผู้ป่วย เพราะหากผู้ที่เสียชีวิตคือเสาหลักในการหารายได้ของครอบครัวการสูญเสียเขาไปก็อาจส่งผลต่อการอยู่รอดของครอบครัวได้ และนอกเหนือจากเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วยังมีเรื่องภาวะทางสังคมที่ต้องทำการประเมินว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง [๓๙]

๒.๒.๔.๔ การดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) ก็ถือเป็นด้านที่จำเป็นมากด้านหนึ่งที่ไม่สามารถแยกจากการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ได้และอาจจะถือเป็นหัวใจของการดูแลแบบ palliative care [๔๑] เหตุผลที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพราะจิตวิญญาณคือความหมาย (Meaning) ในการดำรงชีวิต [๑๖] ถือเป็นส่วนสำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์เพราะเป็นส่วนที่ทำให้เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวาและการเกิดกำลังใจซึ่งก็จะทำให้เกิดการตอบสนองต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วย [๔๙] จิตวิญญาณจึงถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด และมีความหมายที่ลึกซึ้งต่อการมีชีวิตของมนุษย์ เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ของจิตใจ [๓๙] โดยการดูแลด้านจิตวิญญาณหรือ Spiritual Healing อาจเป็นคำที่ไม่คุ้นเคยในสังคมไทย [๕๐] เพราะโดยปกติจะใช้คำว่า การดูแลด้านจิตใจและมักเข้าใจว่าจิตวิญญาณเป็นเรื่องของศาสนา แต่คำว่าจิตวิญญาณจะมีความหมายที่กว้างกว่าศาสนา โดยมีลักษณะหมายรวมถึงการหาความหมายและมุ่งหมาย เช่น ความหมายของชีวิตและความตาย สิ่งที่เกิดขึ้นความเข้าใจหรือเหนือธรรมชาติ ความเกี่ยวข้องผูกพันกับผู้อื่นและครอบครัว ธรรมชาติหรือพระเจ้าและยังหมายรวมถึงคุณค่าต่าง ๆ ของชีวิต เช่น ความรัก ความเมตตากรุณา ความเชื่อ ค่านิยมและจริยธรรม [๓๙] การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเน้นถึงการแสวงหาความหมายของตัวตนภายในของบุคคล เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง ความผูกพันระหว่างบุคคลกับบางสิ่ง บางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะของความสงบสุขและความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณคือ ให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ผู้ป่วยนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความหวังว่าจะได้เกิดใน

สุคติภูมิ [๓๙] มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความสนใจกับความต้องการด้านจิตวิญญาณรวมถึงเรื่องของการศาสนามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีอาการทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [๕๑] ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สามารถช่วยเหลือทีมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณก็คือผู้นำศาสนา เช่น พระภิกษุสงฆ์ในพุทธศาสนา [๕๒] ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณนี้ผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมี ความต้องการที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับพื้นฐานความรู้ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ทศนคติ และ สิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ทีมผู้ดูแลจึงต้องทำความเข้าใจในด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติแต่ละ คน [๗] รวมถึงอาจต้องมีการใช้เครื่องมือในการประเมินด้านจิตวิญญาณและศาสนาและต้องทำการ ประเมินเป็นระยะเนื่องจากความต้องการด้านนี้ก็อาจจะเปลี่ยนไปได้เรื่อย ๆ เช่นกัน

๒.๒.๕ ลักษณะหน้าที่การทำงานของทีม palliative care

จากลักษณะการดูแลในมิติต่าง ๆ ของงาน palliative care ที่กล่าวมาจึงทำให้มีการ สรุปลักษณะของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care จากผู้เชี่ยวชาญไว้มากมาย อาทิเช่น

สุพัตรา ศรีวณิชชากร [๓๐] ได้สรุปลักษณะการทำงาน palliative care ออกมาได้เป็น ๔ C ของการดูแลมีดังนี้

Centered at patient and family คือให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

Comprehensive การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและ ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึก คิดของผู้ป่วย การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อ เข้าสู่ภาวะสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การจัดงานศพ และช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วย เสียชีวิตแล้ว

Coordinated คือการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งก็รวมไปถึงการร่วมกับสมาชิก ในครอบครัวและคนในชุมชนด้วย โดยต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ ทำงาน ประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ซึ่งก็รวมไปถึงผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัคร ต่าง ๆ ด้วย

Continuous คือมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและทำการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กลับบ้าน หรือเสียชีวิต และเนื่องจากรูปแบบ การดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจึงต้องมีการประเมินผลเป็นระยะเพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

สถาพร ลีลานันทกิจ [๔๑] ก็ได้สรุปลักษณะและขอบเขตของการทำงาน palliative care ออกมาเป็นลักษณะที่คล้าย ๆ กันได้เป็น ๕ มาตรการหลักสำหรับการทำงาน palliative care ดังนี้

๑. ให้การบำบัดกับโรคที่เป็นต้นเหตุของอาการอย่างต่อเนื่อง (Continuing treatment of the underlying disease) ไม่ว่าผู้ป่วยจะป่วยด้วยโรคชนิดใด ถึงแม้โรคนั้นจะเข้าสู่ ระยะลุกลามแล้วก็ตาม

๒. ใช้มาตรการช่วยเหลือคำจูนและการแพทย์แบบผสมผสาน (Supportive and complementary measures) คือการใช้การรักษาหลาย ๆ อย่างร่วมกันไม่ว่าจะเป็น การหันเหความสนใจ (Distraction) การอยู่เป็นเพื่อน (Company) การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) การนวด (Massage) การทำสมาธิ (Meditation) สุนทรบำบัด (Aromatherapy) และวาริบำบัด (Hydrotherapy) เป็นต้น

๓. มาตรการด้านจิตวิทยา (Psychological measures) ซึ่งช่วยในการลดความวิตกกังวลหรือช่วยขจัดปัดเป่าความซึมเศร้าซึ่งอาจมีประโยชน์ในการช่วยให้มาตรการใช้ยาลดน้อยลงด้วย

๔. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เพื่อช่วยบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เครื่องมือของใช้ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว รวมถึงเครื่องช่วยในการกระทำกิจกรรมเพื่อลดอาการไม่สบาย

๕. ยา (Medication) ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยส่วนมากจะต้องมีการใช้ยาบางชนิดเข้าร่วมผสมผสานเพื่อให้การดูแลบำบัดได้ครบทุกด้าน

ปกรณ ทองวิไล [๕๓] ได้สรุปหลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยอิงแนวคิดพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วางไว้โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ไว้ดังนี้

๑. เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วย

๒. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการยามจำเป็นได้อย่างทันท่วงที โดยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

๓. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนควรได้รับบริการที่เท่าเทียมกันไม่แยกเพศ วัย การศึกษา หรือเศรษฐกิจฐานะ

๔. การดูแลต้องเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่ การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง (Autonomy) การกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Beneficence) หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษกับผู้ป่วย (Non-maleficence) ยุติธรรมและเท่าเทียม (Justice) ให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (Truth telling) และการรักษาความลับของผู้ป่วย (Confidentiality)

๕. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง แนวทางการรักษา ข้อดีข้อเสีย และทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา

๖. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระดับที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

๗. ศูนย์กลางของการดูแลคือผู้ป่วยและครอบครัว

๘. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถทำเพียงลำพังผู้เดียวหรือวิชาชีพเดียวได้ ต้องอาศัยทีมของสหสาขาวิชาชีพและประสานงานกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยด้วย

๙. การดูแลต้องมีความต่อเนื่องโดยอาศัยการประสานงานระหว่างสถานบริการ

๑๐. แสวงหาความร่วมมือและทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น จิตอาสาเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

ส่วน American Academy of Hospice and Palliative medicine (AAHPM) [๑๖] ก็ได้มีการกำหนดข้อบ่งชี้กว้าง ๆ ของ palliative care ไว้ดังนี้

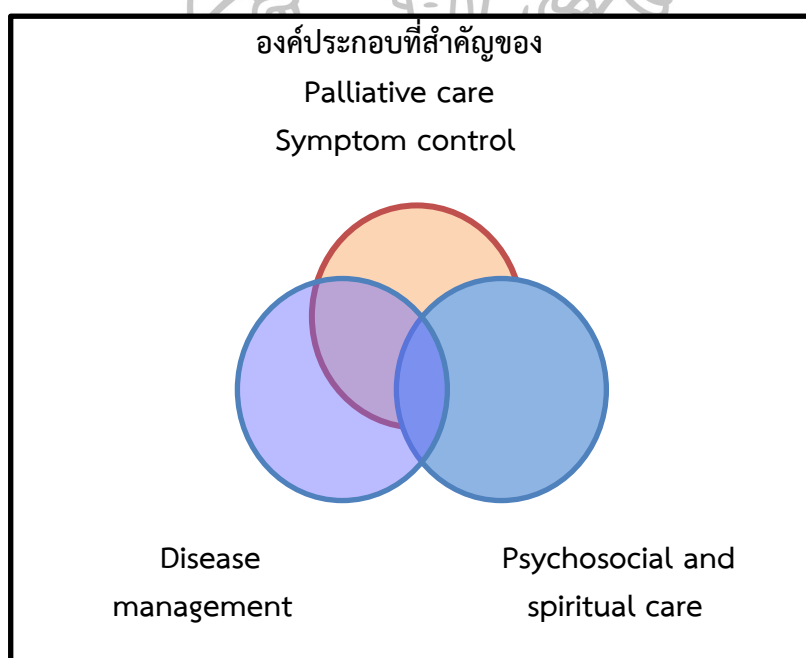
๑. เป็นการดูแลที่ต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับการรักษาทางการแพทย์

๒. ประสาน (Coordinates care) ระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการเลือก Hospice ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

๓. เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ ของผู้ป่วย

๔. ช่วยวางแผนการใช้ชีวิตประจำวันให้มีความสุขและเตรียมสภาพจิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล [๑๘] ก็ได้กล่าวถึงลักษณะหน้าที่การทำงานของทีม palliative care โดยสรุปองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ออกมาได้เป็นดังนี้



ภาพที่ ๕ องค์ประกอบที่สำคัญของงาน palliative care

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล .**เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย** คณะ : ขอนแก่น . แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๓.

๑. การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptoms control) ซึ่งได้แก่ อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายุดหายใจหรือหายใจลำบาก (Breathlessness / Dyspnea) คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea / Vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (Weakness / Fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea / Constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus) เป็นต้น

๒. การรักษาโรค (Disease management) ได้แก่ การรักษาในสภาวะที่แก้ไขได้ และรวมถึงการรักษาแบบประคับประคองด้วย

๓. การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual care) ซึ่งการดูแลด้านจิตสังคมได้แก่ บุคลิกลักษณะ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา อาชีพ ครอบครัว ความเชื่อ ความสัมพันธ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา

เมื่อพิจารณาทั้งจากนิยามความหมาย หลักการและมิติต่างต่าง ๆ ของการดูแลแบบ palliative care ที่ผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ได้กล่าวไว้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปและอธิบายลักษณะหน้าที่การทำงานของทีมนักดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ออกมาได้เป็นดังต่อไปนี้

๑. การดูแลต้องทำเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน เพราะผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในหลายมิติอาจกล่าวได้ว่าต้องนำศาสตร์ทุกอย่างมาใช้ จึงไม่สามารถทำเพียงลำพังหรือวิชาชีพเดียวได้แต่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมและประสานงานกับผู้ป่วยรวมถึงญาติผู้ป่วยด้วย [๔, ๗, ๑๒, ๓๐, ๓๙, ๔๖]

๒. เป็นการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership of care) โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในตอนเริ่มต้นรวมไปถึงในระยยะสุดท้ายของการรักษาเนื่องจากเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งทีมผู้ดูแลควรให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับการรักษาทางการแพทย์และร่วมกันวางเป้าหมาย (Goal) ในการดูแล ซึ่งมีตั้งแต่เป้าหมายในการป้องกัน การรักษาโรคให้หายขาด การยืดชีวิต การจัดการในช่วงที่เวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายของการดูแลควรทำโดยยึดหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) คือต้องมีใช้เป้าหมายที่ทีมผู้ดูแลพยายามโน้มน้าวให้ทางผู้ป่วยและญาติยอมรับตามความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะสามารถขอให้ระงับหรือขอให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา [๓๐, ๔๖]

๓. ทีมผู้ดูแลต้องช่วยทำให้ผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่อาจดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย โดยสมาชิกในทีมควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุดและไม่ปฏิเสธความตาย เพราะการปฏิเสธความตายหรือการขัดขืนไม่ยอมรับความจริง จะเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทั้งกับตัวผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ดูแล [๔, ๖, ๓๐, ๓๙, ๔๖]

๔. ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิรับรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดการบำบัดรักษาต่าง ๆ ที่ทีมผู้ดูแลจะนำมาใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย รวมถึงข้อดีข้อเสียของรูปแบบการดูแล นั่นคือต้องมีการเปิดเผยข้อมูล (Disclosure) โดยเฉพาะข้อมูลผลวินิจฉัยโรคที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย โดยในการสื่อสารอาจต้องใช้เทคนิคการแจ้งข่าวร้ายที่ถูกต้อง จึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่ทีมผู้ดูแลจะต้องกล่าวพูดความจริงของการป่วยหรือที่เรียกว่าการแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบภาวะโรคและร่วมวางแผนการดูแล ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลได้รับความเห็นของสมาชิกในครอบครัวก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลได้รับความเอาใจใส่และได้รับความจริงใจในการดูแลมากขึ้นด้วย [๔, ๓๐, ๔๖]

๕. ทีมผู้ดูแลต้องจัดให้มีการบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทันทั่วถึงตลอด ๒๔ ชั่วโมงเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยทุกคนควรได้รับบริการที่เท่าเทียมกันโดยไม่แยกเพศ วัย การศึกษา หรือฐานะด้วย [๓๐]

๖. การดูแลต้องทำอย่างมีความต่อเนื่อง (Continuity of care) นั่นคือทีมผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยและทำการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยอาศัยการประสานงานระหว่างสถานพยาบาล รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย [๓๐]

๗. ทีมผู้ดูแลจะต้องสร้างระบบให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการรักษาที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเฉพาะเมื่อถึงระยะสุดท้ายของอาการป่วย โดยบางครั้งอาจจะเรียกว่าเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Advance directive หรือ Living will) หรืออาจจะเป็นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ของประเทศไทย โดยเน้นความปรารถนาและเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นหลัก (Goals oriented) ซึ่งก็จะเป็นตัวช่วยในการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมผู้ดูแลรักษา กับผู้ป่วยและญาติด้วย อีกทั้งยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยได้เลือกการรักษาด้วยตนเองทำให้สามารถหลีกเลี่ยงการใช้หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและยังเป็นการป้องกันบุคลากรทางการแพทย์จากการถูกฟ้องร้องจากครอบครัวของผู้ป่วยด้วย [๔, ๑๖, ๔๑, ๔๖]

๘. รูปแบบการดูแลต้องไม่เป็นการกู้ชีวิต (Do not attempt resuscitation) รวมถึงไม่เป็นการช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอกเหนือจากเป็นความต้องการของผู้ป่วย และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใกล้ตายให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น” ด้วยการแสดงความสนใจ ใส่ใจ สร้างความไว้วางใจ เชื่อมั่นและศรัทธา โดยทีมผู้ดูแลจะต้องพยายามเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยที่ใกล้ตาย [๓๐, ๓๙, ๔๑, ๔๖]

๙. การดูแลควรมีการประเมินความหวังของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การขอพร ๓ ประการ (๓ Wishes) เพื่อทราบถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระยะของโรค เพื่อสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบและเพื่อให้ทีมผู้ดูแลตั้งเป้าหมายการรักษาให้เป็นไปตามที่ผู้ป่วยต้องการได้มากขึ้นด้วย [๓๐]

๑๐. ควรมีการประเมินผู้ป่วยในเรื่องสถานะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเครื่องมือที่นิยมใช้กันคือ Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งสามารถทำได้ด้วยบุคลากรทางแพทย์สาขาใดก็ได้ที่มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในทีมและวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วย [๔, ๑๖, ๓๐]

๑๑. ประเมินภาวะทางด้านร่างกาย (Physical assessment) ของผู้ป่วยในทุก ๆ เรื่อง โดยเฉพาะเรื่องของการปวดโดยอาจใช้แบบประเมิน เช่น แบบประเมินความปวด (Pain score) เพราะการประเมินอาการปวดเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทำให้การควบคุมความปวดประสบผลที่พึงพอใจ ซึ่งการประเมินความปวดคือการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความ

ปวด เพื่อวินิจฉัย หาสาเหตุและกลไกของความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมที่สุด [๔, ๑๖, ๓๐]

๑๒. ประเมินภาวะทางด้านจิตใจ (Psychological assessment) ของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเข้าใจและการยอมรับต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจหลัก ๆ ๓ อย่างคือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะสับสน (Delirium) โดยสิ่งที่ทีมผู้ดูแลต้องทำคือการประเมินภาวะเหล่านี้ รวมถึงการค้นหาความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย [๑๖, ๓๐, ๓๙]

๑๓. ประเมินภาวะทางด้านสังคม (Social assessment) ของผู้ป่วยเพราะเมื่อมีบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิตโดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินทางด้านสังคม จึงมีความสำคัญที่ทีมผู้ดูแลต้องทำ โดยต้องประเมินในเรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงความต้องการหรือความคาดหวังของบุตรหลานผู้ป่วยต่อการป่วยในครั้งนี้ และอีกเรื่องสำคัญที่ทีมต้องประเมินคือการประเมินผู้ดูแล (Care giver) และความรู้สึกเป็นภาระ (Care giver burden) ในการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัวซึ่งก็จะส่งผลโดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย [๑๖, ๓๐, ๓๙]

๑๔. ประเมินภาวะทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) ของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นอีกด้านสำคัญที่ทีมผู้ดูแลต้องทำการประเมินและวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยสิ่งที่ต้องประเมินคือเรื่อง ความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) ความต้องการค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) ความต้องการความหวัง (Hope) ซึ่งทีมผู้ดูแลจะต้องค้นหาความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งความต้องการพื้นฐานด้านจิตวิญญาณนี้จะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยอาจใช้เครื่องมือซักประวัติทางด้านจิตวิญญาณและศาสนาแบบทั่วไป เช่น HOPE, FICA และ SPIRIT ช่วยในการประเมินซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ก็จะบอกถึงความต้องการและความไม่สบายใจของจิตวิญญาณ เช่น ความกลัว ความท้อแท้ ความหมดหวัง ความไร้ค่า ความเหงา ขาดศักดิ์ศรีของตนเอง ความโกรธและความอยากตายแต่จุดสำคัญคือต้องทำการประเมินเป็นระยะเพราะจิตใจของมนุษย์เป็นพลวัตจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด [๔, ๑๖, ๓๐, ๓๙]

๑๕. จัดการพบปะประชุมครอบครัว (Family meeting) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ทราบเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็น โดยเฉพาะในสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทที่สูงในการตัดสินใจ รวมถึงมีบทบาทในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลด้วย ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญและบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับควรทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ [๔, ๑๖, ๓๐]

๑๖. การดูแลรักษาด้านกายที่ป่วยด้วยการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยการดูแลหลักก็จะประกอบด้วยการรักษาโรคที่ผู้ป่วย การจัดการให้การบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคแล้วก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยทำการดูแลผู้ป่วยให้มีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งทีมผู้ดูแลต้องไม่ตั้งเงื่อนไขการรักษาโดยเทียบเคียงกับการดูแลผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ผ่านมา เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีต้นทุนเกี่ยวกับการเผชิญวาระสุดท้ายทั้งของตนเองและบุคคลที่รักที่ไม่เท่ากัน [๔, ๗, ๑๖, ๓๐, ๓๙, ๔๖]

๑๗. อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เพื่อช่วยบรรเทาอาการทางใจของผู้ป่วยและญาติ ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลทีมผู้ดูแลจะต้องจัดที่อยู่ของผู้ป่วยให้มีความเป็นส่วนตัวและมีบรรยากาศเหมือนอยู่บ้านเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้และแสดงความเอาใจใส่กันและกัน นอกจากนี้อาจอนุญาตให้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยมีความผูกพันมาไว้ใกล้ตัวได้เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย รวมถึงจัดบริเวณให้สมาชิกในครอบครัวได้พักผ่อนหรือผ่อนคลายจากความเครียดและความเศร้าโศก [๔, ๗, ๓๙, ๔๖]

๑๘. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ คือทีมผู้ดูแลจะต้องช่วยแก้ปัญหาความกลัวที่จะต้องตายและพลัดพรากจากญาติมิตรหรือมีภารกิจที่ยากทำหรือยังสะสางไม่เสร็จสิ้น (Unfinished business) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นทุกข์ใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะจากไปจนทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้และเมื่อช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมาถึงทีมผู้ดูแลก็ควรช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม เพื่อช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดรวมถึงต่อสู้กับความตายเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบได้ [๗, ๓๙, ๔๖]

๑๙. ทีมผู้ดูแลต้องจัดให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น การเช็ดตัว การช่วยเหลือขณะมีกิจกรรมการรักษายาบาล เป็นต้น เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกดีที่ได้ดูแลคนที่รัก และได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ด้วยกันอย่างเต็มที่มี รวมถึงจะได้เข้าใจสิ่งที่ทีมผู้ดูแลได้ทำให้กับผู้ป่วยได้ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยด้านจิตใจของผู้ป่วยให้รู้สึกดีที่ได้รับการเอาใจใส่จากคนที่รักด้วยและสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติทีมผู้ดูแลก็ควรจัดเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดคุยหรืออยู่เคียงข้างผู้ป่วยได้มาอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยด้วย [๔]

๒๐. ดูแลรักษาใจที่ป่วยโดยให้การประคับประคองใจทั้งผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและครอบครัว ด้วยการให้คำแนะนำและความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลจิตใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักความผูกพัน ความสุขหรือความสำเร็จ แม้แต่ความทุกข์ในอดีตและช่วยทำให้ญาติได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติ ๆ กล่าวอำลา สิ่งเสียหรือให้อโหสิกรรมต่อกัน [๔, ๓๙, ๔๖]

๒๑. ประสานงาน (Coordinates care) ความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ รวมถึงความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยเพื่อเลือกการดูแลแบบ palliative care ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการเตรียมความพร้อมหน่วยบริการ / เครือข่ายใกล้บ้านและต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย (Referrals) ในการย้ายสถานที่ดูแลหรือการย้ายกลับไปดูแลที่บ้าน โดยทีมผู้ดูแลจะต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รวมไปถึงความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งรวมไปถึงการประสานเรื่องส่งต่อข้อมูลให้สมาชิกในทีม เช่น ส่งต่อข้อมูล

ผู้ป่วยและครอบครัวไปให้นักสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการดูแลที่บ้านหรือเรื่องค่ารักษาพยาบาล การส่งต่อข้อมูลให้นักจิตวิทยาเข้ามาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจที่รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง [๔, ๓๐, ๓๙]

๒๒. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยแลครอบครัว (Patient / Family education) โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและแผนการดูแล การเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องการประเมินอาการรบกวนต่าง ๆ การช่วยในการจัดการกับอาการรบกวน การบันทึกการใช้ยา และผลข้างเคียงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมไปถึงการดูแลความสะอาดช่องปากและการดูแลเรื่องระบบขับถ่ายด้วย [๔]

๒๓. จัดให้มีกิจกรรมและบรรยากาศที่จะช่วยเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านของผู้ป่วย อาทิเช่น การจัดกิจกรรมทำบุญหรืออนุญาติให้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ไม่เป็นอันตราย ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณอันจะทำให้เกิดความสงบสุขได้ [๔]

๒๔. ช่วยเหลือและดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย (Terminal care) และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้จะเสียชีวิต (Care the dying) โดยจัดการอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตและช่วยลดอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่จะเกิดในช่วงใกล้ตาย โดยจะต้องทำโดยคำนึงถึงความถูกต้องทางด้านกฎหมาย ด้านสังคมและเศรษฐานะของผู้ป่วยด้วย [๗, ๓๐, ๔๑, ๔๖]

๒๕. ดูแลหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทั้งเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การเอาสายและท่อต่าง ๆ ออก การฉีดยาศพ โดยทุกอย่างทุกขั้นตอนต้องทำไปพร้อมกับการแสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจแก่ญาติและต้องทำให้ถูกต้องตามธรรมเนียมประเพณีและศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือด้วยและต้องทำด้วยความนุ่มนวลให้สมศักดิ์ศรีของผู้ป่วย รวมถึงควรจัดให้ครอบครัวและบุคลากรที่มดูแลผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยหลังเสียชีวิตให้ได้มีการบอกกล่าวผู้ป่วย เพื่อแสดงความเสียใจร่วมกันและอาจร่วมทำพิธีกรรมตามความเชื่อตามความเหมาะสมด้วย [๗, ๓๙]

๒๖. จัดให้มีระบบเข้าค้นหาความต้องการต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือคำจุนผู้ป่วยและครอบครัวในการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยสมาชิกในทีมต้องติดตามดูแลญาติและช่วยเหลือด้านจิตใจเท่าที่ทำได้ รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาชี้แนะสำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าจากการสูญเสียชีวิตของคนอันเป็นที่รัก (Bereavement) โดยควรทำการประเมินและแนะนำทุก ๒ เดือน เป็นเวลา ๖ - ๑๘ เดือน ซึ่งอาจจะทำโดยการจัดกิจกรรมกลุ่มหรือโทรศัพท์สอบถามและใช้เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินญาติผู้ป่วยก็คือ Brief Grief Questionnaire (BGQ) [๗, ๑๖, ๓๐, ๓๙]

๒๗. วัดผลและประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) ของการทำงานของทีมทั้งเรื่องของต้นทุน (Cost) และผลได้ (Benefit) โดยเฉพาะผลได้สำคัญที่ต้องประเมินคือ คุณภาพชีวิต (Quality of life) ของทั้งผู้ป่วยและญาติหลังการได้รับการดูแลแบบ palliative care จากทีมผู้ดูแล [๒๓]

๒.๓. บทบาทของวิชาชีพที่สำคัญในงาน palliative care

จากที่ได้กล่าวมาในหลักการตอนต้นจะพบว่าการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ที่ดีนั้นจะต้องมีการประสานการทำงานกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมบทบาทหลักในการปฏิบัติงานของสมาชิกแต่ละคน โดยมีสมาชิกในทีมที่สำคัญดังนี้

๒.๓.๑ แพทย์ (Physician)

แพทย์ถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในงาน palliative care ทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติและผู้นำของทีมในการรักษา บทบาทในการบริหารจัดการและประสานงานกับบุคลากรต่าง ๆ [๗] การควบคุมดูแล หน้าที่ในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การดูแลรักษาที่เหมาะสม [๑๘] การช่วยพยากรณ์อาการที่จะเกิดขึ้นจากภาวะโรคของผู้ป่วย เพราะการรู้ภาวการณ์ล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถตั้งรับและจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้นทำให้สามารถแก้ปัญหาความทุกข์ทางกายอันอาจส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทางใจได้ด้วย นอกจากการช่วยแก้ปัญหาความเจ็บปวดในมิติทางกายแล้ว แพทย์ยังสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ โดยการเข้าร่วมรับรู้และแบ่งปันความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติอย่างเห็นอกเห็นใจและด้วยความจริงใจ [๑๕] รวมถึงแพทย์จะต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องทำบทบาทในเรื่องการเรียน การสอนด้วย [๕๔] โดยแพทย์ที่ให้การดูแลในงาน palliative care อาจจะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ที่ชำนาญในการดูแลรักษาแบบ palliative care และแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย โดยสามารถสรุปเป็นภาพรวมบทบาทหลักของแพทย์ [๗] ได้ดังนี้

๑. การแจ้ง บอกข่าวร้าย / (Breaking / Communicating bad news)
๒. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care)
๓. ให้การรักษาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวด
๔. พิจารณาและตัดสินใจเลือกการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม
๕. ให้การประคับประคองใจผู้ป่วยและญาติ
๖. วางเป้าหมายรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
๗. ดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายให้ได้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (Good death)
๘. ดูแลญาติด้านจิตใจหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม

๒.๓.๒ พยาบาล (Nurse: RN, PRN)

พยาบาลถือเป็นอีกวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในงาน palliative care เพราะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งจะมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ [๓๙] ทำหน้าที่หลักในการให้การดูแลด้านการพยาบาล การประเมินร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินความรุนแรงของโรค การจัดการกับอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ เช่น การประเมินอาการของผู้ป่วยว่าต้องการยาแก้ปวดเพิ่มหรือไม่ [๓๐] พยาบาลยังมีหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญในการตรวจตราแผนการดูแลและประเมินประสิทธิผลของแผนการดูแลว่าเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วยหรือไม่ [๔] อีกทั้งพยาบาลยังสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

และญาติ ในเรื่องข้อมูลรายละเอียดการดูแลผู้ป่วย แผนการดูแลที่บ้าน การรับประทานอาหาร แผนการรักษาของแพทย์ การดูแลความสะอาดร่างกาย การป้องกันอันตราย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม รวมไปถึงการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และเป็นแหล่งสนับสนุนมิติทางจิตวิญญาณที่ดีของผู้ป่วยด้วย [๓๙] อีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ ร่วมกับทีมในการจัดการประชุมครอบครัว (Family meeting) โดยจะทำหน้าที่ให้รายละเอียดข้อมูลการดูแลผู้ป่วย แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วพยาบาลยังมีบทบาทในการประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย (Advocacy) เพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ ตลอดจนช่วยรับมือกับอารมณ์และช่วยแก้ไขสถานการณ์หากสมาชิกในครอบครัวขัดแย้งกัน ซึ่งพยาบาลที่มาทำงานนี้อาจจะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั่วไปในโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ดูแลเฉพาะทางด้าน palliative care โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน หรืออาจจะเป็นพยาบาลพิเศษที่รับเฝ้าไข้ โดยสามารถสรุปเป็นบทบาทหลักสำหรับพยาบาลในการร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดังนี้ [๔]

๑. พยาบาลเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล โดยการระบุความต้องการในการดูแลแบบ palliative care ของผู้ป่วย ด้วยการคัดกรองผู้ป่วย การประเมินความสามารถในหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยโดยใช้และการประเมินกลุ่มอาการรบกวนต่าง ๆ

๒. บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทางร่างกาย (Relief for physical symptoms) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายหรือบรรเทาจากอาการต่าง ๆ เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง ปวด เบื่ออาหาร เป็นต้น

๓. การบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจและการแยกตัวจากสังคม (Relief for mental anguish and social isolation) โดยการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง และสามารถปรับใจยอมรับกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

๔. ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสาร (Communication) ประสาน (Coordination) การดูแลอย่างเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง (Continuity)

๕. การช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุถึงคุณภาพชีวิต (Achieving quality of life) โดยพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ความเจ็บปวด ช่วยคลายความวิตกกังวล แสดงความเห็นอกเห็นใจไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณทอดทิ้งและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกันให้มากที่สุด

๖. การช่วยเหลือครอบครัว (Family support) เนื่องจากภาวะใกล้ตายหรือการตายไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อครอบครัวและญาติพี่น้องซึ่งพยาบาลจะต้องเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือพวกเขาเหล่านั้นด้วย

๒.๓.๓ นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker)

นักสังคมสงเคราะห์ก็เป็นอีกหนึ่งวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทในงานนี้ โดยบทบาทหน้าที่หลักคือการรับผิดชอบดูแลด้านสังคมของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยคอยช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ คอยช่วยประสานงานในการแก้ปัญหาตั้งแต่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (Admit) คอยทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายในการประชุมครอบครัว

(Family meeting) [๔] รวมถึงช่วยประสานการออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้านหรือการย้ายโรงพยาบาลของผู้ป่วย การประสานงานเรื่องการเยี่ยมบ้าน [๓๐] การติดต่อประสานงานองค์กรให้ความช่วยเหลือในภูมิภาคของผู้ป่วย [๓๔] และบางครั้งนักสังคมสงเคราะห์ยังสามารถช่วยพูดคุยให้ญาติและผู้ป่วยได้พูดถึงสิ่งที่กังวลและกลัวซึ่งจะสามารถช่วยผ่อนคลายสถานการณ์ความตึงเครียดของครอบครัวได้ [๓๐] รวมถึงยังสามารถช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วย [๓๔]

๒.๓.๔ นักจิตวิทยา (Psychologist)

เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก การบำบัดรักษาโดยใช้วิธีการทำจิตบำบัด การปรับพฤติกรรม การให้คำปรึกษาครอบครัว การพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และอาจรวมถึงการหาวิธีที่ช่วยดึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยในการที่จะต่อสู้และยอมรับกับภาวะโรคให้ได้ ซึ่งรูปแบบการดูแลก็จะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งนักจิตวิทยายังมีหน้าที่ในการบำบัดรักษาญาติของผู้ป่วยจากภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียชีวิตของคนอันเป็นที่รัก (Grief and bereavement) ด้วย โดยอาจเลือกทำกับญาติของผู้ป่วยบางคนที่มีความเศร้าโศกที่มาก [๑๖]

๒.๓.๕ ผู้นำศาสนา

พระในศาสนาพุทธหรือจะเป็นบาทหลวงในศาสนาคริสต์ คือผู้นำศาสนาที่จะสามารถช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมากเช่นกัน โดยเฉพาะในด้านของจิตใจและจิตวิญญาณ โดยให้การให้คำปรึกษา การชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิตหรือแม้แต่การนำสวดมนต์ไหว้พระ การนำผู้ป่วยทำบุญหรือร่วมในพิธีกรรมตามความเชื่อก็อาจจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางไม่กลัวตายและเตรียมตัวตายอย่างสงบได้ [๕๒] อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้พบกับผู้นำศาสนาก็สามารถที่จะช่วยปลดปล่อยความขัดแย้งทางจิตวิญญาณหรือบาปที่ฝังใจผู้ป่วยอยู่ก่อนเสียชีวิตได้ด้วย [๓๔]

๒.๔. บทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care

นอกจากบทบาทของวิชาชีพต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วยังมีอีกหนึ่งวิชาชีพที่ปัจจุบันถือว่ามีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในหลาย ๆ กลุ่มและก็รวมถึงการดูแลแบบ palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยนั่นก็คือเภสัชกร ซึ่งเมื่อก้าวถึงการทำงาน palliative care ในอดีตนั้นเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานดังกล่าวนี้ค่อนข้างน้อยแต่ปัจจุบันพบว่าเภสัชกรถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในงานนี้เนื่องจากเหตุผลความต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้ครบทุกมิติของผู้ป่วยและรวมถึงเหตุผลเรื่องการให้ความสำคัญในการใช้ยาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (Medication error) ที่บ้านของผู้ป่วย จึงทำให้เภสัชกรได้เข้ามามีส่วนสำคัญในงานนี้มากขึ้นและได้รับการจัดให้เข้าไปอยู่ในทีม palliative care และได้มีการศึกษาถึงบทบาทหลักของเภสัชกรในทีมดังที่ได้กล่าวไปแล้วในบทนำและนอกเหนือจากบทบาทหลักที่กล่าวมายังมีบทบาทอื่น ๆ ที่แต่ละการศึกษาระบุไว้คล้าย ๆ กันคือ การให้ข้อมูลทางเภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) ที่จำเพาะ การให้ข้อมูลการบริหารยา (Administration) การรักษา (Treatment) ผลข้างเคียงของยา

(Adverse effects) และการไม่เข้ากันของยา (Incompatibility) [๒๔] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hussainy และคณะ [๒๕] ที่สำรวจและแยกบทบาทของเภสัชกรออกเป็น ๗ บทบาทหลัก คือ การทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วย (Medication review) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น การให้ข้อมูลความรู้แก่สมาชิกในทีม การเป็นที่ปรึกษาและร่วมมือกับสมาชิกในทีมในการทำงาน การประสานงานกับผู้อำนวยการทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น อีกทั้งยังมีอีกบทบาทที่น่าสนใจของเภสัชกรก็คือการจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย [๒๕] เนื่องจากบ่อยครั้งที่กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีการย้ายสถานที่ดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน สถานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) และโรงพยาบาล (Hospital) รวมถึงผู้ป่วยก็มักมีการย้ายโรงพยาบาลไปหลายที่ จึงควรมีเภสัชกรซึ่งถือเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เข้าถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยมากที่สุดเข้ามาจัดทำประวัติการใช้ยาให้กับผู้ป่วยไว้ติดตัว และนอกเหนือจากบทบาทด้านยาแล้วในประเทศออสเตรเลียยังพบว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทอื่นอีก เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลญาติของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต [๒๕] นอกจากนี้ยังพบว่ามีบทบาทที่น่าสนใจที่ศูนย์มะเร็ง San Diego Moores ที่ได้ให้บทบาทเภสัชกรถึงระดับที่สามารถสั่งยาได้โดยมีกฎหมายรองรับอย่างสมบูรณ์ [๕๕]

จากบทบาทและความสำคัญของเภสัชกรในงาน palliative care ที่กล่าวมาจึงถือได้ว่าเภสัชกรเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care team) [๒๑, ๒๔, ๒๘, ๒๙, ๕๕, ๕๖] โดยมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งนอกจากจะสามารถช่วยเพิ่มความรู้และทักษะเรื่องยาให้สมาชิกในทีมรวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าใจยาที่แพทย์สั่งแล้วยังสามารถช่วยลดความผิดพลาดทางยา (Medication error) ให้เกิดน้อยที่สุดได้ด้วย [๒๙] และยังมีคุณค่าที่ช่วยเหลือการตัดสินใจใช้ยาและการเลือกรูปแบบยาที่เหมาะสม [๕๖] จึงทำให้เภสัชกรที่ถือเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านยามากที่สุดเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในทีม palliative care ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมบทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care ทั้งจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วสรุปออกมาเป็น ๔ กลุ่มดังนี้

๒.๔.๑ งานด้านบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ทั่วไป

๒.๔.๑.๑ ให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยาแก่สมาชิกในทีม palliative care รวมถึงผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลในเรื่องสูตรตำรับยาที่เหมาะสมในการรักษา (Choice of drug) ขนาดยาที่เหมาะสม (Dosage) การตรวจสอบผลข้างเคียง (Side effects) จากยา การตรวจสอบปฏิกิริยา (Interaction) ระหว่างยากับยา ยากับสมุนไพร ยากับอาหาร ความเข้ากันของยา (Compatibility) ข้อมูลความคงตัวของยา (Stability) และวิธีการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละราย [๒๔, ๒๖, ๕๖, ๕๗]

๒.๔.๑.๒ ให้ข้อมูลทางเลือกในการรักษาด้วยยาและขนาดยาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ได้แก่ ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset) ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ในร่างกาย (Duration of action) การ

เผาผลาญของยา (Metabolism) และการกำจัดของยา (Excretion) รวมถึงการแปลผลระดับยาในเลือดและการติดตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาทิเช่น เกสซ์กรสามารถที่จะแปลผลระดับของยา Phenytoin ในกระแสเลือดและทำการปรับขนาดยาให้เหมาะสมหรือการติดตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Warfarin รวมถึงการอ่านผลค่าระดับ INR แล้วแนะนำการปรับขนาดยาให้เหมาะสม [๒๔, ๒๖, ๕๗]

๒.๔.๑.๓ ให้ข้อมูลกับสมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องที่เกี่ยวกับทางเลือกของยาในการดูแลรักษาและการประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ของทางเลือกดังกล่าว [๒๙]

๒.๔.๑.๔ ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Utilization) โดยเฉพาะกับยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและอาการอื่น ๆ โดยเกสซ์กรสามารถช่วยเหลือทีมเรื่องการดูแลการสั่งใช้ยาของแพทย์และรวมไปถึงการช่วยประเมินยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งแต่ผู้ป่วยหารับประทานเองด้วย เพื่อให้มีการใช้ยาที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด [๒๖, ๒๙]

๒.๔.๑.๕ อธิบายและให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม palliative care รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่าง Drug-induced adverse effect กับ Drug-induced allergy reaction และช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไขทางคลินิกในการแก้ไขอันตรกิริยาดังกล่าวตามความเหมาะสมด้วย [๒๔, ๒๖, ๕๗]

๒.๔.๑.๖ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ในการจัดการกับอาการปวดและอาการอื่น ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการดังกล่าว รวมถึงการประเมินสูตรตำรับ (Regimen) ยาให้มีความทันสมัยอยู่เสมอด้วย [๑๒, ๒๖, ๒๙, ๕๗]

๒.๔.๑.๗ ให้ข้อมูลแก่แพทย์และสมาชิกในทีมเรื่องยาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดจากระบบประสาท (Neuropathic pain) เนื่องจากมียาบางกลุ่ม เช่น กลุ่มยารักษามะเร็ง (Antineoplastic agents) กลุ่มยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) กลุ่มยากันชัก (Anticonvulsants) กลุ่มยาต้านไวรัส (Antiretroviral agents) บางกลุ่มที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดระบบประสาท (Neuropathy) ซึ่งหากทีมผู้ดูแลทราบก็จะสามารถวิเคราะห์สาเหตุของอาการปวดและแก้ปัญหาได้ตรงจุด [๔๑]

๒.๔.๑.๘ ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีมในเรื่องเกี่ยวกับหลักการของเภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) รวมถึงความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ใหม่ ๆ ของยา การใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้หรือใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ (Off label หรือ Off license) และสามารถค้นหาข้อมูลอ้างอิงที่จะใช้สนับสนุนการใช้ยาที่มีเงื่อนไขเฉพาะดังกล่าว [๒๒, ๕๗]

๒.๔.๑.๙ ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารยาที่เหมาะสม เช่น การใช้ Inhalers ในการพ่นยา การใช้ Syringe driver ในการให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง (Continuous subcutaneous infusion :CSCI) การใช้แผ่นปิด และการใช้ยาแบบซึมผ่านผิวหนัง เป็นต้น [๑๖, ๒๙, ๕๗]

๒.๔.๑.๑๐ ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการใช้ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปรับประทานที่บ้าน รวมถึงเข้ามามีส่วนร่วมในการ

วางแผนเมื่อมีการย้ายสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความต่อเนื่องของการดูแล
เรื่องยา [๑, ๕๗]

๒.๔.๑.๑๑ ในบางประเทศเภสัชกรที่ทำงานในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
(Hospice) สามารถปรับการรักษาด้วยยาตามแบบแผนขั้นตอนวิธีการรักษาที่ทีมได้ตกลงร่วมกันไว้
โดยได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายด้วย [๒๖]

๒.๔.๑.๑๒ กำหนดมาตรฐานรายการยาของโรงพยาบาลที่ต้องค่อย ๆ ปรับลดขนาด
ลงและรายการยาที่สามารถหยุดการให้ยาได้ทันที โดยให้ข้อมูลวิธีการที่จะปรับลดขนาดยา และ
ข้อมูลที่จะต้องติดตามในกระบวนการปรับลดขนาดยา เช่น อาการหรืออาการนำที่เกิดจากการถอนยา
หรือการกำเริบของภาวะโรค [๕๗]

๒.๔.๑.๑๓ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำรายการยาหลักที่ใช้ในงาน
palliative care (List of essential medicines for palliative care) โดยเน้นยาที่มีในบัญชียาของ
โรงพยาบาลตนเองเพื่อความสะดวกของทีมในการสั่งใช้และบริหารยา [๔๑]

๒.๔.๑.๑๔ พัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้ยาที่มีจำเป็นสำหรับการ
ใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งปัจจุบันบางรายการไม่ถูกกำหนดให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เข้าสู่
การเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ [๒๙, ๕๗]

๒.๔.๑.๑๕ กำหนดนโยบายยาในเรื่องเกี่ยวกับการเก็บรักษา การกระจายและการ
ขนส่งยาในความแรงและสูตรตำรับที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่มี
ประสิทธิภาพสูงสุด [๕๗]

๒.๔.๑.๑๖ คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดการใช้ยาที่ผิด เช่น ผู้ป่วยที่มี
โรคร่วมหลายโรค ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะตับและไตบกพร่อง โดยอาจใช้
เครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรอง เช่น The medication review screening tool (MRST) [๒๙]

๒.๔.๑.๑๗ ให้ข้อมูลที่ทันสมัย (Update) เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ ทางคลินิก
แก่สมาชิกในทีมและร่วมกันกับสมาชิกในทีมในการปรับแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ที่จะนำไปใช้กับ
ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่รุนแรง [๒๔, ๕๗]

๒.๔.๑.๑๘ ทบทวนคำสั่งใช้ยา (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหา
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Medication-related problems) โดยอาจใช้เครื่องมือ
D.O.C.U.M.E.N.T (Drug selection, Over or under dose prescribed, Compliance,
Untreated indication, Monitoring required, Education or information, Non-clinical และ
Toxicity or reaction) รวมถึงวิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนนั้นเพื่อ
พัฒนาแผนการปฏิบัติงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหารวมถึงช่วยทำให้สมาชิกในทีมตระหนักใน
ความสำคัญของการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่เกิดขึ้น [๒๙, ๕๗]

๒.๔.๑.๑๙ ตรวจสอบการใช้ยาเดิม (Medication reconciliation) ของผู้ป่วยและ
ให้ความรู้กับสมาชิกในทีมในการปฏิบัติงานเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมถึง
การทำงานตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา (Admit) ระหว่างการรักษา และการออกจากโรงพยาบาล
(Discharge) ของผู้ป่วย [๕๗]

๒.๔.๑.๒๐ กระตุ้นเตือนและแนะนำขั้นตอนในการเรียกเก็บยาคืนและการเก็บรักษา ยาที่ใกล้หมดอายุให้กับสมาชิกในทีมรวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล [๕๗]

๒.๔.๑.๒๑ ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Medication chart) เพื่อสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วยยาไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ และช่วยให้แพทย์มีความมั่นใจในการตรวจสอบรายการยาที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้องก็จะเป็นประโยชน์ในการส่งต่อข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีการย้ายสถานที่ในการดูแลรักษา เช่น การย้ายโรงพยาบาลหรือย้ายไปรับการดูแลในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) รวมถึงย้ายไปดูแลที่บ้าน ซึ่งบทบาทนี้ก็ถือเป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรเพราะเป็นวิชาชีพด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด [๑, ๒๙, ๕๖]

๒.๔.๑.๒๒ ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเรื่องยาอย่างต่อเนื่อง [๑, ๒๙]

๒.๔.๒ งานบริหารทางเภสัชกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับการจัดการอาการปวดและอาการอื่น ๆ (Pain and Symptoms management)

๒.๔.๒.๑ แนะนำการเปลี่ยนยา การเทียบเคียงขนาดรวมถึงการปรับขนาดยาแก้ปวด เช่น การปรับจากการใช้ยา Morphine syr. ซึ่งอยู่ในรูปแบบยารับประทานเป็นยา Fentanyl ในรูปแบบแผ่นแปะ (Transdermal) หรือการปรับเปลี่ยนยา Morphine จากรูปแบบยาฉีดมาเป็นรูปแบบยารับประทาน รวมถึงการคำนวณการแปลงขนาดยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids จากขนาดหนึ่งไปยังอีกขนาดหนึ่งหรือการเปลี่ยนยาจากยาตัวหนึ่งไปเป็นอีกตัว [๕๗]

๒.๔.๒.๒ แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ในลักษณะรูปแบบที่จะสามารถช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้นรวมถึงการให้คำแนะนำในการให้ยาซ้ำและการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยา [๕๗]

๒.๔.๒.๓ แนะนำขนาดและวิธีการเริ่มยา Methadone ในผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ตัวอื่นแล้วไม่ได้ผล รวมถึงการติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยจากการปรับขนาดยา Methadone ด้วย [๕๗]

๒.๔.๒.๔.แนะนำขนาดการใช้ยาแก้ปวดโดยเฉพาะยา Morphine ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีอาการปวดรุนแรงฉุกเฉิน (Pain crisis) รวมไปถึงแนะนำแนวทางการใช้ยา Naloxone ในการต้านพิษในกรณีที่มีปริมาณยา Morphine ที่สะสมพอกพูน (Stack dose) หรือกรณีที่ทำให้ยาเกินขนาด (Overdose) ได้ [๑๖]

๒.๔.๒.๕ แนะนำการใช้ยาเสริมฤทธิ์ (Adjuvants) หรือการใช้ยาร่วม (Co-analgesic) ที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับยาบรรเทาอาการปวดอื่น ๆ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด ซึ่งตัวอย่างยาเสริมที่มักนำมาใช้คือ ยาแก้อาการซึมเศร้า (Antidepressants) ยาต้านชัก (Anticonvulsants) ยาต้านอาการวิตกกังวล (Antianxiety drugs) และยากลุ่มคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroids) เป็นต้น [๒๙, ๔๑, ๕๗]

๒.๔.๒.๖ แนะนำการใช้ยาที่เหมาะสมเมื่อต้องมีการเปลี่ยนยาเสริมที่อยู่ภายในกลุ่มเดียวกัน เช่น การเปลี่ยนจากยาแก้อาการซึมเศร้า (Antidepressants) รายการหนึ่งไปเป็นอีกรายการหรือการเปลี่ยนจากยากันชัก (Anticonvulsants) จากกลุ่มหนึ่งไปเป็นอีกกลุ่ม เป็นต้น [๕๗]

๒.๔.๒.๗ จัดทำแบบบันทึกความปวด (Pain diary) ซึ่งเป็นแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะยาแก้ปวดเพื่อช่วยให้เห็นรูปแบบอาการปวดของผู้ป่วยและพิจารณาว่ามีการใช้ยาอย่างเหมาะสมหรือไม่ อีกทั้งยังใช้ประเมินภาวะความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ด้วย [๑๖]

๒.๔.๒.๘ สื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในรูปแบบการพูดคุยร่วมกับทีมและการพูดคุยส่วนตัวเกี่ยวกับความสำคัญของยาที่ใช้ในแผนการรักษา รวมถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกลัวติดยา โดยเภสัชกรต้องอธิบายความแตกต่างของการติดยา การพึ่งพาอาศัยยา การติดยาและภาวะที่จะพบเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid เกินขนาดและเภสัชกรต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการพบปะกับครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่คาดว่าจะมีความเข้าใจที่ผิดหรือมีความกังวลใจในเรื่องดังกล่าว รวมถึงต้องช่วยพัฒนากระบวนการในการคัดกรอง (Screen) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการกลัวติดยาหรือการใช้ยาในทางที่ผิดและร่วมกันสร้างแนวทางในการทำงานเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในทีมในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว [๕๗]

๒.๔.๒.๙ ให้ข้อมูลแพทย์ในเรื่องการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง (Terminal sedation) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลาที่ใกล้เสียชีวิตแล้วไม่สามารถควบคุมอาการปวด อาการเหนื่อยหรือสับสนด้วยการใช้ยาตามปกติได้ ซึ่งจะสร้างความทรมานแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างมาก โดยเภสัชกรสามารถแนะนำยาที่เหมาะสมและควรบันทึกการประเมินระดับความรู้สึกตัวเพื่อปรับยาตามความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วย [๑๖]

๒.๔.๓ งานเตรียมสูตรตำรับและการบริหารยา (Administrative / Formulary management)

๒.๔.๓.๑ เตรียมสูตรตำรับและผลิตภัณฑ์ให้ได้สูตรตำรับที่มีประสิทธิภาพและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะรายเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักจะมีการใช้ยาที่ไม่ใช่รูปแบบมาตรฐานทั่วไป โดยเภสัชกรจะมีหน้าที่ในการเตรียมสูตรตำรับและรูปแบบยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การปรับสูตรตำรับเพื่อการบริหารยาที่มีความจำเพาะ เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอกหรืออาจจะเป็นสูตรตำรับที่ให้กลิ่นของยาที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย การปรับส่วนประกอบของยาที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ การเปลี่ยนความเข้มข้นของสูตรตำรับยา รวมถึงการเตรียมสูตรตำรับยาที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการกลืน โดยการพัฒนาสูตรตำรับยาจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของวิธีการปฏิบัติที่ดี (GMP) และควรจะมีการประเมินชื่อสมมูลรวมถึงความคงตัวของยาที่เตรียมขึ้นด้วย [๒๖, ๕๗]

๒.๔.๓.๒ กำหนดมาตรฐานรายการยาที่สามารถให้โดยผ่านการให้ทางสายยาง (Feeding tube) การบดหรือการโรยใส่บนอาหารอ่อนเพื่อเป็นช่องทางในการให้ยาสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถรับประทานยาทางปากได้ [๕๗]

๒.๔.๓.๓ จัดเตรียมฉลากยาที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาได้ ซึ่งรวมถึงการสร้าง ความมั่นใจในเครื่องมือที่จะใช้ในการตวงและแบ่งยาที่อยู่ในรูปแบบยาน้ำ เช่น ช้อนชาหรือ Syringe ให้ย่าวามีความเที่ยงพอ [๒๙]

๒.๔.๔ ด้านอื่น ๆ

๒.๔.๔.๑ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้นทั้งในส่วนของยารักษาโรคอื่น ๆ และยาที่ใช้เฉพาะกับการดูแลแบบ palliative care โดยเฉพาะยาที่ต้องใช้ในภาวะฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน [๑, ๒๙]

๒.๔.๔.๒ ร่วมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับผู้ป่วยบางรายที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมบางรายการที่ใช้ในการดูแลแบบ palliative care ซึ่งเภสัชกรสามารถจะประสานกับบริษัทผู้ผลิตยาหรือแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและช่วย ระบุทางเลือกในการรักษาด้วยยาที่มี cost-effective มากที่สุดเพื่อเป็นทางเลือกในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย [๒๖, ๕๗]

๒.๔.๔.๓ ช่วยประเมินความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลในด้านที่ทีมยังขาด หรือการดูแลที่ผู้ป่วยความต้องการเพิ่มเติม เช่น ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพระหรือ บาทหลวง หรือการดูแลด้านโภชนาการจากนักโภชนาการ เป็นต้น แล้วช่วยประสานกับทีมเพื่อหา แนวทางแก้ปัญหา [๕๗]

๒.๔.๔.๔ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ ทางการแพทย์และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เช่น Nebulizers, IV infusion pump, Tubing, Feed pumps, Syringe ให้ยาและเตียงโรงพยาบาล เป็นต้น [๒๖, ๕๗]

๒.๔.๔.๕ ร่วมกับทีม palliative care ในการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อทำการ ประเมินในเรื่องการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลและติดตามการตอบสนองต่อการ ใช้ยา แล้วสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการแก้ปัญหา ซึ่งก็อาจรวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อดูแลครอบครัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย [๒๖]

๒.๔.๔.๖ ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือตนเอง การดูแลแบบ palliative care ในเบื้องต้น เนื่องจากเภสัชกรมักมีการทำงานอยู่ตลอด ๒๔ ชั่วโมง จึง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกในทีมรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ สามารถเข้ามาขอ คำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา [๒๔]

๒.๔.๔.๗ ทำการวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการใช้ยาและประสิทธิภาพใน การให้คำแนะนำ (Intervention) กับแพทย์และสมาชิกในทีมในการดูแลแบบ palliative care [๒๙, ๕๗]

๒.๔.๔.๘ จัดให้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในเรื่องการทำงาน palliative care รวมถึง เรื่องบทบาทของเภสัชกรในงานดังกล่าว ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และสถานที่ดูแลแบบ ประคับประคอง [๑, ๒๙, ๕๗]

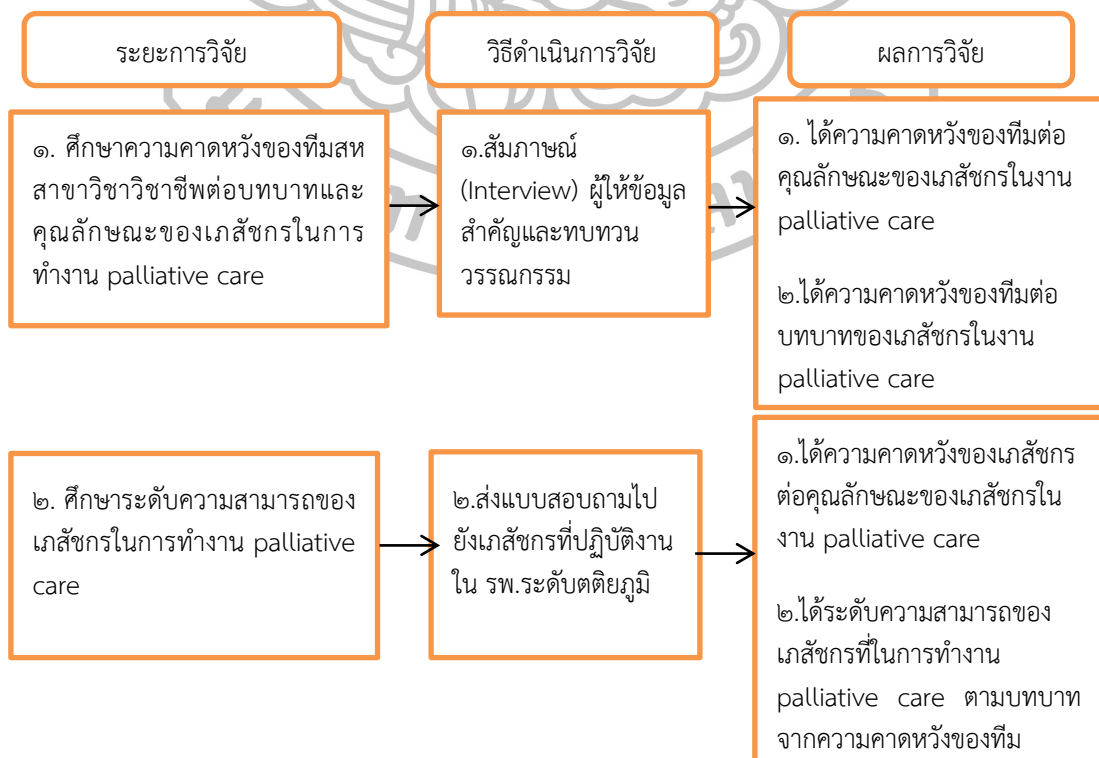
บทที่ ๓
วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพนี้ เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งใช้รูปแบบเชิงสำรวจ (Exploratory research) ในการเก็บข้อมูล โดยการศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร และผ่านการขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อยินดีเข้าร่วมโครงการผ่านการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น ๒ ระยะดังนี้

ระยะที่ ๑ ศึกษาความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ (Interview) แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาระยะที่ ๒

ระยะที่ ๒ ศึกษาระดับความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ ๑ โดยใช้แบบสอบถามประเภทให้ผู้ตอบตนเอง (Self-administered questionnaire) ในการเก็บข้อมูล

โดยสามารถเขียนเป็นขั้นตอนหลัก ๆ ของการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้



โดยวิธีดำเนินการวิจัยจะแบ่งออกเป็น ๒ ระยะดังนี้

๓.๑ การศึกษาในระยะที่ ๑ เรื่องความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้คือ สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ที่ปฏิบัติงาน palliative care ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา

กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่ปฏิบัติงาน palliative care โดยทำการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับแนวคิด จุดหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมีลักษณะเป็น “Information-rich case” [๕๘] คือเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ที่มีข้อมูลให้ศึกษาในระดับลึก ได้กลุ่มตัวอย่างจากทีม palliative care จำนวน ๒ ทีม ได้แก่ ทีมจากศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลพยาบาลศิริราช และทีมจากศูนย์บริบาลบรรเทาโรงพยาบาลตากสิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ วิชาชีพละ ๒ คน พยาบาล ๓ คน และนักจิตวิทยา ๑ คน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเองโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

๑. ปฏิบัติงานและเป็นสมาชิกในทีม palliative care ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
๒. มีประสบการณ์ในการทำงานในทีม palliative care อย่างน้อย ๒ ปี
๓. ยินดีในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาขั้นที่ ๑

การศึกษาระยะนี้เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview guidelines) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยประกอบด้วยประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview) ทั้งหมด ๔ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ตอนที่ ๒ รูปแบบงาน palliative care และประสบการณ์ในงานดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

ตอนที่ ๓ ข้อมูลความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

ตอนที่ ๔ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของผู้ให้ข้อมูล

โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

๑. ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับหลักการของงาน palliative care และรูปแบบการทำงานดังกล่าวของเภสัชกรทั้งในและต่างประเทศจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. นำข้อสรุปมาสร้างแบบสัมภาษณ์และนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

๓. พัฒนาปรับปรุงร่างแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

๔. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๒ ท่านตรวจสอบเนื้อหาและความสอดคล้อง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้แก่

๔.๑ นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๔.๒ เกสัชกรฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน เกสัชกรหัวหน้างานเภสัชกรรมปฐมภูมิ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและปฐมภูมิ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์และเป็นที่ปรึกษากลุ่มเภสัชกรครอบครัว (CoP : Family Pharmacist)

๕. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาขั้นที่ ๒

ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในการศึกษาคือ ตัวผู้วิจัย (Researcher as a key instrument) ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงต่อเหตุการณ์และการใช้ประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยจะช่วยเอื้ออำนวยต่อกระบวนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลตลอดจนการสร้างทฤษฎีเพื่ออธิบายหรือหาข้อสรุปเกี่ยวกับงานวิจัยดังกล่าว [๕๘] ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยเองเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิมา ๗ ปี จึงถือว่ามีความรู้ในบทบาทงานของเภสัชกรเป็นอย่างดี รวมถึงเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้ว ๒ คนคือยายและแม่ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้เคยมีโอกาสดำเนินการรูปแบบการทำงาน palliative care มาแล้ว จึงถือว่าผู้วิจัยมีความรู้ในบทบาทการทำงานดังกล่าวพอสมควร ซึ่งผู้วิจัยจะทำการสะท้อนคิดด้วยตนเอง (Self-reflection) โดยการเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาดำเนินการวิจัยเพื่อใช้สะท้อนคิด ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัยและแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล [๕๙]

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ (Interview) ในช่วงเดือน กรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๘ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ ๑ ครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ ๑ ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑. คัดเลือกสมาชิกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกแล้วทำการติดต่อประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าสัมภาษณ์

๒. กำหนด วัน เวลา สถานที่ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์รวมถึงทำการยืนยันการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลก่อนวันสัมภาษณ์

๓. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ โดยทำการจัดบันทึกการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

๔. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งและขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่เสียสละเวลาอันมีค่า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการรวบรวมข้อมูลและจัดกลุ่มข้อมูลที่เหมือนกันแล้วสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์

๓.๒ การศึกษาในระยะที่ ๒ เรื่องระดับความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิโดยจำนวนประชากรทั้งหมดมาจาก

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.๒๕๕๗ มีจำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐในระดับตติยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น ๑,๔๑๐ คน [๖๐]

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวนทั้งสิ้น ๘๒๖ คน

- โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น ๔๕ คน

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น ๑๔๑ คน

รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น ๒,๔๒๒ คน

กลุ่มตัวอย่าง คือเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน ๓๔๓ คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยสูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane) [๖๑] ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + N * d^2}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

d = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม

คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ % ได้

$$\text{แทนค่า } n = \frac{N}{1 + N * d^2}$$

$$= \frac{๒,๔๒๒}{1 + ๒,๔๒๒ * (๐.๐๕)^2}$$

$$= ๓๔๓ \text{ คน}$$

แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยปกติจะมีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนร้อยละ ๔๐ [๖๒] ดังนั้นการการศึกษาส่วนนี้จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น ๘๕๘ คน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยใช้สัดส่วน (Proportion stratified random sampling) ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ ๑ แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย (Strata) ที่มีลักษณะเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous) คือมีความคล้ายกัน ซึ่งในที่นี้แบ่งตามสังกัดของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สังกัดกรุงเทพมหานครและสังกัดกระทรวงกลาโหมรวมกับสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ขั้นที่ ๒ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากแต่ละกลุ่มย่อย (Strata) โดยกำหนดจำนวนเกสัชกรในแต่ละกลุ่มย่อยให้เป็นสัดส่วน (Proportion) ตามสัดส่วนของประชากรทั้งหมดแล้วทำการจับสลากเลือกโรงพยาบาลจนได้จำนวนของเกสัชกรตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ ๑



ตารางที่ ๑ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล

สังกัดโรงพยาบาล	รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑. โรงพยาบาลระยอง	๔๐
	๒. โรงพยาบาลนครปฐม	๔๘
	๓. โรงพยาบาลสมุทรสาคร	๒๕
	๔. โรงพยาบาลอุดรธานี	๕๐
	๕. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	๔๓
	๖. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	๑๘
	๗. โรงพยาบาลมุกดาหาร	๒๒
	๘. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๔๗
	๙. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	๒๘
	๑๐. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	๔๗
	๑๑. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	๒๘
	๑๒. โรงพยาบาลสุรินทร์	๕๐
	๑๓. โรงพยาบาลเลิดสิน	๓๙
	๑๔. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	๔๘
	๑๕. สถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ	๑๔
รวม		๕๔๗
กระทรวงศึกษาธิการ	๑. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	๕๗
	๒. โรงพยาบาลศิริราช	๘๐
	๓. โรงพยาบาลศรีนครินทร์	๔๖
	๔. โรงพยาบาลรามธิบดี	๗๕
รวม		๒๕๘
กรุงเทพมหานคร	๑. ตากสิน	๑๘
รวม		๑๘
กระทรวงกลาโหม+สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ	๑. โรงพยาบาลภูมิพล	๓๕
รวม		๓๕

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาระยะนี้เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบตอบเอง (Self-administrated questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากข้อมูลความคาดหวังต่อบทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care ที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Interview) สมาชิก

ในทีม palliative care ร่วมกับการศึกษางานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของเภสัชกรในการทำงาน palliative care โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ๕ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อายุงานในสายงานโรงพยาบาล ระดับการศึกษา สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน งานประจำที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ลักษณะของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและระยะเวลาของประสบการณ์ดังกล่าว โดยแบบสอบถามส่วนนี้มีทั้งลักษณะหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple choice) และแบบปลายเปิด (Open-ended question)

ส่วนที่ ๒ ประสบการณ์และความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามต่องาน palliative care โดยแบบสอบถามส่วนนี้มีทั้งลักษณะมีหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple choice) และแบบปลายเปิด (Open-ended question)

ส่วนที่ ๓ ความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแบบสอบถามในส่วนนี้จะเป็นการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๑๐ ระดับ

ส่วนที่ ๔ คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีม palliative care โดยแบบสอบถามในส่วนนี้จะมัลักษณะมีหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple choice)

ส่วนที่ ๕ ข้อเสนอแนะของเภสัชกรในส่วนปัญหาและอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีม palliative care โดยแบบสอบถามในส่วนนี้จะมัลักษณะแบบปลายเปิด (Open-end question)

แบบสอบถามได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : index of item objective congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕ ท่าน ได้แก่

๑. เภสัชกร อาจารย์ ดร.กานุพัฒน์ พุ่มพลักษ์ อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

๒. เภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ระพีพรรณ ฉลองสุข อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

๓. เภสัชกร อาจารย์ ดร.สิริรัตน์ อนุรัตน์พานิช อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๔. นายแพทย์สัญญาศักดิ์ อรรถยากร แพทย์ประจำศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๕. เภสัชกรฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน เภสัชกรหัวหน้างานเภสัชกรรมปฐมภูมิ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและปฐมภูมิ โรงพยาบาลกุนินารายณ์ และเป็นที่ปรึกษากลุ่มเภสัชกรครอบครัว (CoP : Family Pharmacist)

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbrach's alpha coefficient) โดยทำการทดลองเก็บข้อมูล (Try-out) กับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕ คน ซึ่งพิจารณาจาก

ขนาดตัวอย่างที่ในทางสถิติอนุมาน (Assume) ว่ามีการแจกแจงปกติ [๖๓] โดยใช้วิธีการสุ่มเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่นำมารวมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ ซึ่งผลจากการทดลองเก็บข้อมูลได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ ๐.๙๓ และรายด้านอยู่ระหว่าง ๐.๗๐ – ๐.๗๕ ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ข้อคำถาม	Cornbrash's alpha
การดูแลด้านร่างกาย (Physical care)	๐.๗๐
การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)	๐.๗๑
การดูแลด้านสังคม (Social care)	๐.๗๕
การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)	๐.๗๒
โดยรวม	๐.๙๓

N of cases = ๓๕

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาระยะนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามไปยังเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในรูปแบบของหนังสือขอความร่วมมือ ในช่วงเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๙ โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑. ทำการประสานไปยังโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอรายชื่อเภสัชกรทั้งหมดของโรงพยาบาล
๒. ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์จำนวน ๘๕๘ ฉบับ ซึ่งในแบบสอบถามจะระบุกำหนดวันส่งกลับภายใน ๒ สัปดาห์และได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน ๔๙๒ ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในระยะนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติ

- เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อแสดงผลข้อมูลส่วนบุคคลคุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงาน palliative care และระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลระดับความสามารถ ดังนี้

- การแปลผล
- ระดับคะแนน ๑.๐๐ – ๒.๘๐ คือ ระดับความสามารถน้อยที่สุด
 - ระดับคะแนน ๒.๘๑ – ๔.๖๐ คือ ระดับความสามารถน้อย
 - ระดับคะแนน ๔.๖๑ – ๖.๔๐ คือ ระดับความสามารถปานกลาง
 - ระดับคะแนน ๖.๔๑ – ๘.๒๐ คือ ระดับความสามารถมาก

ระดับคะแนน ๘.๒๑ - ๑๐.๐๐ คือ ระดับความสามารถมากที่สุด

- เชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุงานในสายงานโรงพยาบาล ระดับการศึกษา สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน งานประจำที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ลักษณะของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติ T-test เมื่อเปรียบเทียบตัวแปร ๒ ตัว และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Anova) ในกรณีที่เปรียบเทียบตัวแปรตั้งแต่ ๒ ตัวขึ้นไป [๖๔]



บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาศักยภาพของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพในครั้งนี้ ได้แบ่งการศึกษาดังกล่าวออกเป็น ๒ ระยะ โดยการศึกษาในระยะที่ ๑ เป็นการศึกษาความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ (Interview) ในช่วงเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๘ เพื่อให้ได้มาซึ่งบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care และนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามแล้วทำการเก็บข้อมูลการศึกษาระยะที่ ๒ ด้วยแบบสอบถามประเภทให้ผู้ตอบเอง (Self-administered questionnaire) ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อให้ได้มาซึ่งระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

๑. ผลการศึกษาในระยะที่ ๑
 - ๑.๑ รายละเอียดสมาชิกผู้ให้ข้อมูลภาพรวมของงาน palliative care ของประเทศไทยในปัจจุบัน
 - ๑.๒ ความคาดหวังของสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care
 - ๑.๓ ข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลต่องาน palliative care ของประเทศไทย
๒. ผลการศึกษาในระยะที่ ๒
 - ๒.๑ สถานภาพทั่วไปของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ๒.๒ ความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - ๒.๓ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care
 - ๒.๔ คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีม palliative care
 - ๒.๕ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

๔.๑ ผลการศึกษาในระยะที่ ๑

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Interview) ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และแบ่งกลุ่มประเด็นสำคัญของข้อมูลออกได้เป็นประเด็นหลักที่จะนำเสนอ ดังนี้

๔.๑.๑ รายละเอียดสมาชิกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกในทีม palliative care มีจำนวนทั้งสิ้น ๘ คน โดยประกอบด้วย แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ วิชาชีพละ ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน และนักจิตวิทยา ๑ คน เป็นเพศหญิงจำนวน ๖ คน และเพศชาย ๒ คน โดยมีอายุระหว่าง ๓๓ - ๕๒ ปี มีอายุงานในการทำงานร่วมกับทีม palliative care อยู่ในช่วง ๒ - ๑๐ ปี และมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๕ คนที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดด้วยการดูแลรูปแบบ palliative care มาก่อน โดยมีรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาระยะที่ ๑

ลำดับที่	นามสมมุติ	สถานที่ทำงาน	ตำแหน่งงาน	อายุ (ปี)	อายุงานในทีม (ปี)	ประสบการณ์ดูแลญาติแบบ palliative care
๑	พี่หมอกาย	ศิริราชพยาบาล	นายแพทย์	๔๒	๖	ไม่มี
๒	พี่จิต	ศิริราชพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพ	๕๑	๑๐	มี
๓	พี่สังคม	ศิริราชพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพ	๓๗	๔	มี
๔	พี่วิญญาณ	ศิริราชพยาบาล	นักสังคมสงเคราะห์	๔๒	๔	ไม่มี
๕	พี่หมอคึกดีศรี	โรงพยาบาลตากสิน	นายแพทย์	๓๓	๓	มี
๖	พี่องค์รวม	โรงพยาบาลตากสิน	พยาบาลวิชาชีพ	๓๔	๓	มี
๗	พี่ประคับ	โรงพยาบาลตากสิน	นักสังคมสงเคราะห์	๓๘	๒	ไม่มี
๘	พี่ประคอง	โรงพยาบาลตากสิน	นักจิตวิทยา	๕๒	๒	มี

๔.๑.๒ ภาพรวมของงาน palliative care ของประเทศไทยในปัจจุบัน

๔.๑.๒.๑ ความเป็นมาในการเข้ามาทำงานและแรงจูงใจในการทำงานในทีม palliative care

การได้เข้ามาทำงาน palliative care ของผู้ให้ข้อมูล สามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ช่องทาง โดยช่องทางแรกมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๓ คนที่ระบุว่าเกิดจากการได้รับแต่งตั้งจากผู้บริหารให้เข้าไปเป็นคณะกรรมการและปฏิบัติงานในทีม โดยเริ่มแรกอาจไม่ได้มีความสนใจในงาน palliative care มาก่อน แต่ทั้งหมดทุกคนในกลุ่มนี้ก็ระบุว่าเมื่อได้เข้าไปทำงานในทีม ได้สัมผัสกับผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็จะเกิดความสนใจในงานนี้ตามมา

“งานประจำเป็นนักสังคมสงเคราะห์ก็มีโอกาสได้ counseling ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่บ้าง แต่จากการได้มีชื่อเข้าไปอยู่ในคณะกรรมการ palliative care ก็ทำให้มีโอกาสทำงานนี้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมากขึ้น” (พีวัญญาณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“การได้เข้ามาทำงาน palliative care มีจุดเริ่มต้นมาจากการที่โรงพยาบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการ palliative care ขึ้นซึ่งก็กำหนดว่าสมาชิกในทีมต้องประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานดังกล่าว” (พีประทับ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“จากที่โรงพยาบาลได้เริ่มมีทีม palliative care ขึ้นและตนก็ได้เข้าไปมีชื่ออยู่ในทีม แต่เป็นการจัดตั้งทีมของแต่ละ PTC ซึ่งรูปแบบการทำงานก็ไม่เหมือนกัน ทำให้ตนมีความสนใจที่จะอยากตั้งทีม palliative care ที่เป็นส่วนกลางของโรงพยาบาล จึงได้ไปศึกษาและทำเรื่องขอไปดูงานเพิ่มเติม” (พีประคอง.....นักจิตวิทยา)

แต่อีกช่องทางซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการได้เข้ามาทำงานนี้ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน ๕ คน) พบว่าเกิดมาจากความสมัครใจเพราะมีความสนใจในงานนี้เป็นทุนเดิมและส่วนใหญ่ก็มักจะมีปมหลังมาจากการเคยมีประสบการณ์หรือมีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าจะเป็นในฐานะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือในฐานะของผู้เป็นญาติหรือคนใกล้ชิดมาก่อน จึงเกิดความเข้าใจในความทุกข์ของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Care giver) จนเกิดเป็นแรงผลักดันหรือแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้อยากสร้างทีมดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวขึ้นมา

“จากเดิมที่ทำงานเป็นพยาบาลอยู่ ward อายุรกรรม ก็เจอเจอกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากมายและก็เกิดความเห็นใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผนวกกับเป็นคนซื่อสัตย์ อยากช่วยคนอยู่แล้ว จึงสนใจในงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว” (พีองค์กรวม.....พยาบาล)

“จากที่ตนเองเป็นหมอดมยาซึ่งจะต้องมีการเรียนเรื่องระงับปวด จึงทำให้มีโอกาสพบเจอผู้ป่วยที่มีอาการ cancer pain ซึ่งจะเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความเจ็บปวดด้วยมะเร็งอยู่เป็นประจำ แล้วเกิดความสนใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไปเรียนต่อเฉพาะทางเรื่อง palliative care” (พีหมอกาย.....แพทย์)

“เริ่มจากตอนทำงานพยาบาลใหม่ ๆ มีบ่อยครั้งที่ต้องพบเจอผู้ป่วยที่เสียชีวิตในเวรตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วย HIV จึงทำให้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จนเสียชีวิตและเกิดความรู้สึกต้องการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้พบกับการตายที่ดี รวมถึงจากการที่ได้ดูแลแม่ของตนเองที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็น suffering ของผู้ดูแลอย่างมากจึงได้รวมตัวกันจัดตั้งทีม palliative care ขึ้น” (พีจิต.....พยาบาล)

“การทำงานนี้เริ่มต้นจากที่ทำงานที่ห่อผู้ป่วยแล้วมีเคลสหญิงไทยอายุประมาณ ๕๐ ปี ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งทางญาติผู้ป่วยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายและเมื่อพยาบาลได้ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงรู้ว่าผู้ป่วยต้องการเห็นหลานชายที่รักที่สุดบวชให้ก่อนตาย ตนจึงได้ไปพูดคุยกับญาติซึ่งทางหลานชายและญาติก็แจ้งว่าจะบวชให้ผู้ป่วยแต่หลังจากที่ผู้ป่วยหาย ซึ่งตนเองก็ได้พยายามชี้แจงว่าบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่หาย จนวันหนึ่งหลานชายผู้ป่วยก็ได้บวชและมาเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลื้มปิติและเสียชีวิตไปอย่างสงบ ซึ่งเคลสนี้เป็นเคลสที่ตนเองจำฝังใจและรู้สึกภูมิใจในการทำงานนี้มาก รวมถึงเป็นแรงบันดาลใจในการทำงานนี้ด้วย” (พี่สังคม....พยาบาล)

และเมื่อถามถึงแรงจูงใจในการทำงานนี้ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า เป็นการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย (Physical care) และจิตใจ (Psychological care) เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถจากไปอย่างสงบ นอกเหนือจากการช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วยังหมายถึงรวมถึงการช่วยเหลือให้ care giver ของผู้ป่วยสามารถรับมือกับการดูแลผู้ป่วยรวมถึงรับมือกับช่วงเวลาหลังการสูญเสียของผู้ป่วยได้

“หวังจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายที่สุด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก” (พี่จิต....พยาบาล)

“ต้องการให้ผู้ป่วยเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตสุดท้าย รวมถึงการช่วยเหลือญาติของผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาด้านสังคม ที่เขาจะต้องพบทั้งในช่วงที่ป่วยและช่วงหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย” (พี่วิญญาณ.... นักร้องคนสงเคราะห์)

“ย้อนกลับไปเรื่องการรักษาความปวดของผู้ป่วยคือความปวดทางร่างกายของเขาหายแต่ตัวความทุกข์ของคนไข้ไม่หาย จึงรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องดูแลทั้งหมดของชีวิตเขาไม่เฉพาะด้านร่างกาย นั่นคือต้องดูแลเขาทั้งองค์รวมของชีวิตให้เขาสะดวกสบายในทุก ๆ ด้าน” (พี่หมอ กาย....แพทย์)

๔.๑.๒.๒ สถานการณ์งาน palliative care ของประเทศไทยในปัจจุบัน

ความเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อภาพการทำงาน palliative care ของประเทศไทยในปัจจุบัน ระบุว่าได้มีการให้ความสำคัญในงานนี้ที่มากขึ้นแต่หากเทียบการให้ความสำคัญกับในต่างประเทศก็ต้องยอมรับว่างานนี้ในประเทศไทยยังให้ความสำคัญน้อย โดยในต่างประเทศจะมีทีมทำงานที่เข้มแข็งมากและจะใช้การดูแลรูปแบบนี้แทรกเข้าไปอยู่ในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นปกติ (Routine) ทุกราย รวมไปถึงได้มีการสร้างสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) ขึ้นมากมาย ขณะที่รูปแบบการดูแลแบบนี้ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลระบุว่าอาจเป็นผลมาจากกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยมักถูกส่งเข้ามารักษาตัวกับการแพทย์ขั้นสูงกับเครื่องมือที่ทันสมัยที่มักมีในโรงพยาบาลใหญ่เพื่อหวังช่วยชีวิตของผู้ป่วยให้ได้

“งานนี้ในประเทศไทยขอใช้คำว่า เริ่มมีการให้ความสำคัญมากขึ้น ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากการมีคนเห็นความสำคัญของงานนี้มากขึ้นผนวกกับนโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นในปีที่ผ่านมา แต่สำหรับงานนี้ในต่างประเทศต้องใช้คำว่า เขาพัฒนาไปได้ไกลมากแล้ว” (พีจิต.....พยาบาล)

“คิดว่างานนี้ในประเทศไทยยังเกิดขึ้นน้อย โดยส่วนใหญ่แล้วจะกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เนื่องจากบุคลากรที่อยู่ในโรงพยาบาลเล็ก ๆ ส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ที่จะทำงานนี้” (พีวิญญาณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“ในประเทศไทยงานนี้ถือว่าให้ความสำคัญน้อยมาก สังเกตได้ตั้งแต่ตอนที่เรียนก็แทบจะไม่มีหลักสูตรนี้ให้ศึกษาเลย ทำให้แทบจะไม่รู้จักคำว่า palliative care แต่ปัจจุบันงานนี้ในประเทศไทยก็น่าจะมีการให้ความสำคัญมากขึ้น เพราะมันถือเป็นวาระแห่งชาติที่โรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลทั่วไปจะต้องจัดให้มีงานนี้” (พีหมอกาย.....แพทย์)

๔.๑.๒.๓ หลักการทำงาน palliative care ในประเทศไทย

จากการสอบถามข้อมูลสมาชิกในทีม palliative care ถึงหลักการทำงานที่ตนเองหรือสมาชิกในทีมใช้ยึดถือในการปฏิบัติงานพบว่าข้อมูลที่ได้จากทั้ง ๒ ทีมจะยึดหลักการที่คล้ายกัน คือต่างเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เนื่องมาจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปัญหาในหลายอย่างจึงต้องใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกมิติไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยและให้เขาสามารถจากไปอย่างสงบได้

“การทำงานนี้เน้นการทำงานเป็นทีม เพราะจากประสบการณ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าปัญหาบางอย่างเราไม่สามารถแก้ไขคนเดียวได้ โดยการดูแลต้องยึดเป้าหมายผู้ป่วยเป็นหลัก เพราะความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน และการดูแลต้องเป็นแบบ active total care เพราะผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีเวลาเหลืออยู่น้อยนิด เราจึงต้องรีบเข้าไปดูแลเขา” (พีองศ์รวม.....พยาบาล)

“หลักการทำงานคือยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญและดูแลแบบองค์รวม โดยต้องมองที่ความต้องการของผู้ป่วย ดูที่ตัวตนของเขาด้วยและการทำงานต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมอย่างมาก” (พีหมอคักดิ์ศรี.....แพทย์)

“เป็นการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลักษณะการดูแลเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทุกมิติ” (พีจิต.....พยาบาล)

“ทุกคนต้องมองไปที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คำว่า “คุณภาพชีวิต” ที่เขาต้องการคืออะไร ทำให้ทุกคนต้องมองมาที่เป้าหมายเดียวกัน ซึ่งต้องเป็นเป้าหมายของผู้ป่วย และการทำงานต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ” (พี่หมอกาย.....แพทย์)

“เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้เขาไม่มีความทุกข์ทรมานทางกายรวมถึงความทุกข์ทรมานทางใจ และช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้เขาสามารถจากไปอย่างสงบ” (พี่วิญญาณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

๔.๑.๒.๔ สมาชิกที่สำคัญและหน้าที่หลักในทีม palliative care

สำหรับรูปแบบการทำงาน palliative care ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) โดยอาจแบ่งสมาชิกหลักของทีมออกได้เป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มในการรักษาผู้ป่วย (Medical care team) คือ กลุ่มที่จะเน้นการดูแลในมิติด้านร่างกายเป็นหลักโดยให้การรักษาแบบ curative care ควบคู่ไปกับ palliative care ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร กับอีกกลุ่มคือ กลุ่มสนับสนุนการดูแลด้านอื่น ๆ (Supporting care team) ซึ่งคอยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งก็ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและนักโภชนาการ เป็นต้น โดยสมาชิกทั้งหมดของทีมจะมีบทบาทหน้าที่เฉพาะตามความถนัดของวิชาชีพแต่สมาชิกทั้งหมดของทีมจะมีบทบาทที่เป็นบทบาทหน้าที่ร่วมกัน (Core concept) ตามเป้าหมายของทีมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทที่ทุกวิชาชีพต้องทำได้ เช่น การดูแล (Support) จิตใจของผู้ป่วย การสร้างกำลังใจสร้างความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้ป่วยหรือการช่วยค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย เป็นต้น และนอกจากบทบาทหน้าที่ร่วมแล้วสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่เฉพาะที่แต่ละวิชาชีพมีความชำนาญแตกต่างกันไปดังนี้

แพทย์ ทำหน้าที่ในการรักษาโรคและอาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นอาการปวด (Pain) และอาการอื่น ๆ การให้ข้อมูลด้านโรค การพยากรณ์โรค การให้ข้อมูลการรักษาแก่ญาติและผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้รับผิดชอบในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยด้วย

“แพทย์มีหน้าที่หลักในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ต้องเป็นคนรักษาผู้ป่วยและเป็นตัวหลักในการทำงานของทีม” (พี่หมอกาย.....แพทย์)

“แพทย์ทำหน้าที่ในเรื่องการปรับยาคนไข้ ให้ควบคุมอาการปวดได้ดี ดูแลเรื่องอาการทั้งหมดของผู้ป่วยให้เขาสุขสบายมากที่สุด ให้ข้อมูลเรื่องโรค ข้อมูลการรักษา การทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การเจาะปอด รวมถึงการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย” (พี่จิต.....พยาบาล)

พยาบาล คอยทำหน้าที่หลักในด้านการพยาบาล (Nursing care) คอยประเมินอาการของผู้ป่วย ช่วยประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งอาจจะต้องทำหน้าที่ในการแจ้งข่าวร้ายแทนแพทย์แต่ต้องเป็นพยาบาลที่เคยผ่านการฝึกฝนทักษะในการแจ้งข่าวร้ายมาก่อน นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นแกนหลักในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และจากการที่พยาบาลคือวิชาชีพที่ใกล้ชิด

ผู้ป่วยมากที่สุดจึงสามารถช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงคำว่า การดูแล (Care) อีกทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ที่สามารถช่วยค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วยได้อีกด้วย

“จริงแล้วพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง ทั้งเรื่องการจัดการอาการเบื้องต้น การทำ nursing care การแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ” (พี่หมอคัคคีศรี.....แพทย์)

“พยาบาล เน้นการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้เขารับรู้ได้ถึงคำว่า care เป็นคนคอยอยู่ข้าง ๆ ผู้ป่วยและญาติ คอยรายงานแพทย์เรื่องอาการรบกวนของผู้ป่วย คอยวางแผนการดูแลที่บ้านโดยให้ข้อมูลตั้งแต่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงตอนไปเยี่ยมบ้านด้วยเพราะรูปแบบการดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา รวมถึงการพูดคุยกับญาติให้เขาสบายใจในรูปแบบการดูแลที่เขาตัดสินใจให้กับผู้ป่วย และบางครั้งพยาบาลก็อาจจะต้องทำหน้าที่ในการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยในกรณีที่แพทย์ไม่สะดวกที่จะแจ้ง” (พี่จิต.....พยาบาล)

เภสัชกร มีหน้าที่หลักในการดูแลเรื่องยาของผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมทั้งยาที่ใช้ในการดูแลแบบ palliative care โดยเฉพาะยาที่ใช้กับการจัดการอาการปวด (Pain management) และยาที่ใช้ในการรักษาโรคและอาการอื่น ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มักจะมีการใช้ยาที่มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเรื่องยาให้มากกว่ากว่าปกติและบางครั้งอาจมีความจำเป็นในการใช้ยาที่ไม่ตรงตามหลักวิชาการอีกด้วย

“เภสัชกร เป็นอีกวิชาชีพที่มีความสำคัญในการจัดการปัญหาเรื่องยาบรรเทาปวด เพราะจากประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านเจอปัญหาหน้างานบ่อยครั้ง ว่าญาติไม่เข้าใจในการใช้ยา M.O. syrup โดยมักจะเข้าใจว่าเป็นยาเสพติด กลัวใช้ยาไปนาน ๆ แล้วจะติด และในบางรายพบว่าเมื่อให้ผู้ป่วยกินยา M.O. syrup แล้วพบอาการเพื่อผิดปกติก็จะไม่ให้ยาต่อและปรับขนาดยาตนเอง นอกจากยา M.O. แล้วการดูแลเรื่องยาของเภสัชกรยังต้องหมายรวมถึงการให้ข้อมูลยาอื่นของผู้ป่วยด้วย” (พี่องค์รวม.....พยาบาล)

“เภสัชกร มีหน้าที่หลักในการดูแลเรื่องยาของผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมถึงทั้งยาในการดูแลแบบ palliative care และยาอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย” (พี่หมอคัคคีศรี.....แพทย์)

นักสังคมสงเคราะห์ ก็สามารถเสริมที่การทำงานเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพราะการดูแลด้านสังคมก็จะเป็นด้านหนึ่งที่ต้องทำ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ก็จะทำหน้าที่หลักในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเงิน รวมถึงเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องคนดูแลด้วย

“สามารถช่วยทีมได้เพราะหากมองการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับปรึกษาในเรื่องเศรษฐกิจ การปรึกษาเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยกับสังคมที่เขาอยู่” (พี่องค์กรรวม.....พยาบาล)

“นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่หลักในการแก้ปัญหาทางด้านสังคมของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงยังสามารถช่วยแก้ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ด้วยเพราะมีทักษะในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยอยู่แล้ว” (พี่สังคม.....พยาบาล)

นักจิตวิทยา เป็นอีกวิชาชีพที่จะสามารถช่วยทีมในการดูแลผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่เข้าใกล้กับความตายแล้วซึ่งก็จะมีภาวะทางจิตใจที่แย่มากตามภาวะของร่างกาย ซึ่งนักจิตวิทยาก็ถือเป็นผู้ที่มีความสามารถเฉพาะในด้านนี้ซึ่งก็จะช่วยแก้ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

“นักจิตวิทยาจะสามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่องจิตใจของผู้ป่วยได้ แม้สมาชิกทุกคนจะมีความสามารถในการช่วยดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยได้อยู่แล้วแต่หากมีนักจิตวิทยามาช่วยแบ่งเบางานก็จะช่วยให้สมาชิกคนอื่นสามารถไปทำงานของตนเองได้เต็มที่” (พี่วิญญาน.....นักสังคมสงเคราะห์)

“นักจิตวิทยา ก็ถือมีส่วนสำคัญเพราะผู้ป่วยและญาติหลายราย จะมีภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องมีนักจิตวิทยาเข้ามาช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว” (พี่ประคอง.....นักจิตวิทยา)

๔.๑.๓. ความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

๔.๑.๓.๑ ความจำเป็นของเภสัชกรในทีม palliative care

จากรูปแบบการทำงานที่ทุกทีมต่างเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ซึ่งอาศัยการทำงานจากหลายวิชาชีพพร้อมกันและเมื่อสอบถามถึงความเห็นของสมาชิกในทีมถึงความจำเป็นของเภสัชกรต่อการทำงาน palliative care ผู้ให้ข้อมูลทุกคนต่างมีความเห็นว่าเภสัชกรมีความจำเป็นต่องานนี้ โดยมี ๗ คนที่ระบุว่าเภสัชกรมีความสำคัญต่อทีม โดยทำหน้าที่เป็นแกนหลักของทีมในการปฏิบัติงาน (Worker) และมีผู้ให้ข้อมูล ๑ คนที่ระบุว่าเภสัชกรเข้ามาในลักษณะเป็นที่ปรึกษา (Consultant) ของทีมในเวลาที่ทีมต้องการ

“การทำงานนี้เภสัชกรมีความจำเป็นอย่างมาก เพราะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการใช้ยาพอสมควร ซึ่งหากมีเภสัชกรเข้าร่วมในทีมก็จะสามารถแก้ปัญหานี้ได้” (พี่หมอ กาย.....แพทย์)

“จำเป็น โดยเฉพาะขั้นตอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรมีเภสัชกรเข้ามาแก้ปัญหาเรื่องยากก่อนที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยกลับบ้านไป ซึ่งจะดีกว่าการที่ทีมจะไปพบปัญหาการใช้ยาอีกที ก็คือตอนที่ทีมลงเยี่ยมบ้านซึ่งได้เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว” (พีวิทยุณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“เภสัชกรถือเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญที่ต้องมีในทีม palliative care เพื่อช่วยแก้ปัญหาด้านยาและด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย” (พ็องคร่วม.....พยาบาล)

“ทีมจำเป็นต้องมีเภสัชกรเพราะการมีเภสัชกรในทีมมีข้อดีคือ ในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย เภสัชกรจะเป็นผู้ยากับผู้ป่วยอีกที่เรื่องวิธีการกินยา แต่การเข้ามาในทีมควรเข้ามาในลักษณะเป็นที่ปรึกษา” (พีจิต.....พยาบาล)

แม้สมาชิกในทีมส่วนใหญ่จะมีความเห็นว่าควรมีเภสัชกรในทีม แต่สถานการณ์การมีส่วนร่วมในทีมของเภสัชกรในปัจจุบันกลับพบว่าเข้ามามีส่วนร่วมกับงานนี้น้อยมาก โดยพบว่าผู้ที่มิบทบาทหลักของทีมก็คือ แพทย์และพยาบาล

“ปัจจุบันเภสัชกรยังเข้ามามีส่วนร่วมกับงานนี้น้อยมาก โดยพบว่าวิชาชีพที่ทำงานนี้หลัก ๆ คือแพทย์ พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งที่เภสัชกรถือเป็นคนที่ทุกวิชาชีพให้การยอมรับในการดูแลผู้ป่วย เพราะต่างยอมรับในความรู้และความสามารถของเภสัชกร” (พ็องคร่วม.....พยาบาล)

“เภสัชกรคือวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องยามากที่สุดแล้ว แต่เรื่องการมีส่วนร่วมในงานนี้น้อยมากอาจเนื่องมาจากภาระงานที่มากของเภสัชกร ยกตัวอย่างทีมของโรงพยาบาลตนเองซึ่งมีชื่อเภสัชกรในทีม แต่เวลาประชุมแต่ละครั้งเภสัชกรก็จะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้าร่วมประชุมและยังไม่มีการทำงานกับทีมอย่างจริงจัง” (พีประคอง.....นักจิตวิทยา)

“เภสัชกรยังถือว่าเข้ามามีส่วนร่วมกับงานนี้น้อยเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น โดยส่วนใหญ่จะเข้ามาเฉพาะเวลาที่มีการประชุมของคณะกรรมการ ซึ่งก็น่าจะมาจากภาระงานที่ยังมีมาก” (พีวิทยุณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

๔.๑.๓.๒ บทบาทในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ของเภสัชกรในการทำงาน palliative care สำหรับบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care นั้นมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๔ คน ที่ระบุว่าเภสัชกรสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีมในการดูแลผู้ป่วยได้ในทุกด้านของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ไม่ว่าจะเป็นการดูแล ด้านร่างกาย (Physical care) จิตใจ (Psychological care) สังคม (Social care) และจิตวิญญาณ (Spiritual care) และผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ได้รับรู้ว่าการดูแลที่เภสัชกรจะสามารถเข้ามาช่วยเหลือทีมได้มากที่สุดก็คือ การดูแลในด้านร่างกาย (Physical care) โดยเฉพาะเรื่องยาที่ใช้ในการจัดการกับอาการปวด (Pain management) และ

อาการอื่น ๆ (Symptom management) ของผู้ป่วย และมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๔ คนที่ระบุว่า การดูแลด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ เภสัชกรเองก็สามารถที่จะมีส่วนในการช่วยเหลือทีมได้ ซึ่งก็จะขึ้นอยู่กับความสนใจของเภสัชกรแต่ละคน

“เภสัชกรสามารถเข้ามาดูแลด้านร่างกาย เรื่อง clinical outcome ของผู้ป่วย แต่การดูแลด้านอื่น ๆ เภสัชกรก็สามารถทำได้ แต่ต้องผ่านการฝึกฝนจนมีทักษะก็จะสามารถช่วยทีมในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกด้าน” (พวิญญาณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“ด้านหลัก ๆ ที่เภสัชกรสามารถช่วยทีมได้คงเป็นการดูแลด้านร่างกาย เพราะการช่วยเหลือดูแลเรื่องยา ก็จะเป็นการสนับสนุนการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก แต่เภสัชกรรวมถึงสมาชิกในทีมทุกคน ก็สามารถช่วยทีมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้ในทุก ๆ ด้าน” (พี่หมอคักศักดิ์ศรี.....แพทย์)

“งานหลักเลยเภสัชกรต้องเข้าไปดูแลเรื่องยา การใช้ยาที่บ้านผู้ป่วยมีปัญหาใหม่ ผู้ป่วยกินยาใหม่ มียาซ้ำซ้อนจากที่อื่นหรือไม่ ส่วนการดูแลด้านอื่น ๆ ก็จะเป็นเรื่องเฉพาะตัวของเภสัชกรแต่ละคนเพราะจริง ๆ การดูแลด้านจิตวิญญาณ ใครก็สามารถทำได้ซึ่งก็ขึ้นกับจริตของแต่ละคนว่ามีความสนใจหรือไม่ แต่อาจต้องมีการฝึกฝนให้มีทักษะในการดูแลด้วย” (พี่องค์รวม.....พยาบาล)

“เรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณเภสัชกรก็สามารถช่วยทีมได้ เพราะการที่เราเข้าไปช่วยดูแลด้านร่างกายก็เสมือนช่วยด้านจิตใจของผู้ป่วยไปด้วยในตัว รวมทั้งปัญหาด้านสังคมเภสัชกรก็สามารถเข้ามาช่วยได้เนื่องจากก่อนที่สมาชิกทุกคนในทีมจะเข้าไปดูแลพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ก็จะต้องมีการศึกษาข้อมูลทางสังคมเบื้องต้นของผู้ป่วยไปก่อน ทำให้พอจะทราบปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยอยู่บ้าง ซึ่งอาจจะช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้ในเวลาที่เข้าไปดูแลเขา” (พี่หมอกาย.....แพทย์)

“ด้านการดูแลหลักที่คิดว่าเภสัชกรจะช่วยให้ดีคือการดูแลเรื่องยา โดยเฉพาะยาแก้อาการปวด และเภสัชกรก็สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในด้านสังคมและจิตใจได้ เพราะการอธิบายเรื่องยากก็ถือเป็นการช่วยผู้ป่วยและญาติในด้านจิตใจแล้ว เพราะเขาจะได้รับรู้ถึงการได้รับความห่วงใยและช่วยให้รับรู้ได้ถึงใจการให้ความสำคัญจากบุคลากรทางการแพทย์หลาย ๆ คน” (พี่ประคอง.....นักจิตวิทยา)

จากมิติในการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย (Physical) ซึ่งถือเป็นด้านการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า เป็นด้านการดูแลที่เภสัชกรจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีมได้มากที่สุด ก็จะพบว่าบทบาทที่ทีมคาดหวังจากเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยในด้านนี้คือ การดูแลภาพรวมในเรื่องที่เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณ โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๔ คนระบุว่า บทบาทที่สำคัญคือการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องคำแนะนำยา (Drug recommendation) การแนะนำช่องทาง (Route) การให้ยาที่เหมาะสม ขนาดยา (Dose) ที่ถูกต้อง การแนะนำเรื่องผลข้างเคียง (Side effect) ที่เกิดจากยา การให้ข้อมูลปฏิกิริยา

ระหว่างยา (Drug interaction) การแนะนำรูปแบบยา (Dosage form) ที่เหมาะกับผู้ป่วยเฉพาะราย การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug related problems : DRPs) รวมไปถึงการช่วยแพทย์ในการดูแลผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) และผู้ให้ข้อมูลอีก ๔ คนก็ได้เน้นบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายลงลึกไปที่เรื่อง การร่วมจัดการเรื่องอาการปวด (Pain management) และอาการอื่น ๆ (Symptoms management) ไม่ว่าจะเป็น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาการซึมเศร้า โดยการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายทำให้บ่อยครั้งผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในรูปแบบหรือขนาดที่ไม่ปกติ ดังนั้นการมีเภสัชกรที่ถือว่าเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านยามากที่สุดก็จะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยด้วย และนอกเหนือจากการดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยแล้วยังมีผู้ให้ข้อมูลอีก ๒ คนที่ระบุว่าเภสัชกรสามารถที่จะช่วยดูแลการใช้ยาของญาติผู้ป่วยได้อีกด้วย

“เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลาย ๆ อย่าง โดยที่ทุกอย่างอาจจะไม่ตรงตามตำราหรือทฤษฎี ซึ่งต้องมีการปรับตามผู้ป่วยเฉพาะราย เภสัชกรก็จะสามารถเข้ามาช่วยในส่วนนี้ได้” (พี่หมอคัคคีศรี.....แพทย์)

“เภสัชกรสามารถช่วยทีมในการดูแลเรื่องยา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นผู้สูงอายุ และมีการใช้ยาจำนวนมากซึ่งเภสัชกรสามารถเข้ามาช่วยคัดกรองการใช้ยาของผู้ป่วย ว่ามีปัญหาเรื่อง drug interaction หรือแนะนำว่าควรให้ยาตัวไหนดีกว่ากัน รวมไปถึงยาตัวไหนบดได้และตัวไหนบดไม่ได้” (พี่หมอกาย.....แพทย์)

“เภสัชกรสามารถเข้าไปช่วยดู clinical outcome ของผู้ป่วยด้วยการช่วยดูเรื่องยาที่เหมาะสม รูปแบบยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย drug interaction ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเภสัชกรสามารถให้ข้อมูลกับสมาชิกในทีมรวมถึงให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาที่บ้านได้ถูกต้อง” (พี่สังคม.....พยาบาล)

“ช่วยสืบค้นปัญหาด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย ในระหว่างการลงเยี่ยมบ้านกับทีมรวมไปถึงการค้นหาปัญหาในการใช้ยาของ care giver ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจนผู้ดูแลเองไม่ได้รับประทานยาหรือรับประทานไม่ถูกต้อง” (พี่ประคับ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“การช่วยเหลือด้านร่างกายหลัก ๆ คือเภสัชกรสามารถเข้าไปช่วยแพทย์ในเรื่อง pain และ symptoms management ด้วยความรู้ความสามารถด้านยาและโรคที่เรียนมา” (พี่จิต.....พยาบาล)

“เภสัชกรสามารถช่วยจัดการปัญหาด้านยา ทั้งยาบรรเทาอาการปวดและยาบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน แก้อาการหอบเหนื่อย การให้ข้อมูลทีมในเรื่องยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ยาไหนจับ receptor ไหน การช่วยดูผล lab เทียบกับยาว่าเหมาะสมหรือไม่

และนอกเหนือจากเรื่องยาแผนปัจจุบันแล้วเภสัชกรยังสามารถช่วยเรื่องการใช้ยาสมุนไพรที่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักนำมาใช้ด้วย” (พ็องค์รวม.....พยาบาล)

เมื่อเจาะลึกในเรื่องการจัดการอาการปวด (Pain management) ที่ถือเป็นเรื่องสำคัญในงาน palliative care ก็พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๔ คนให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids ซึ่งก็ถือเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ว่าจะเป็น การก่อกวนติดยา (Drug abuse) หรือก่อกวนในการกวดการหายใจจากยาอีกทั้งยังมักพบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าการให้ยาในกลุ่มนี้จะเป็นการให้ยาเพื่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Euphoria) โดยปัญหานี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งกับตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์เอง ซึ่งเภสัชกรจะสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนี้ได้ นอกจากนี้ในเรื่อง pain management นั้นเภสัชกรยังสามารถช่วยในการประเมินและแยกประเภทของอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละคนพร้อมทั้งแนะนำยาแก้ปวดที่เหมาะสม การแนะนำสูตรตำรับยาที่ใช้ในการเสริมฤทธิ์แก้ปวด (Adjuvant) การแนะนำอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารยา การช่วยแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (Drug compliance) แก้ปวดของผู้ป่วยบางรายที่พบเจอผลข้างเคียง (Side effect) จากยาแล้วไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา การแนะนำการปรับตารางรับประทานยา การบันทึกสมุดบันทึกการกินยาแก้ปวด (Pain diary) และประเด็นที่สำคัญคือการมีเภสัชกรในทีมจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids ได้ง่ายขึ้นด้วย

“เภสัชกรสามารถช่วยปรับทัศนคติของผู้ป่วยและญาติเรื่องการก่อกวนติดยาแก้ปวดพวก M.O. การแนะนำการใช้ยาแก้ปวดอื่น ๆ เช่น Tramadol และการช่วยแก้ปัญหาการได้ยาแก้ปวดที่ซ้ำซ้อนกันจากหลาย ๆ แห่ง” (พีระคัม.....นักสังคมสงเคราะห์)

“ในเรื่อง pain management นั้น เภสัชกรจะสามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่องสูตรตำรับยาแก้ปวดที่บางโรงพยาบาลมีไม่ครบทุกรูปแบบ ทุกความแรง ช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การสั่งยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids ซ้ำซ้อนกัน ช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ไม่ยอมกินยาเพราะเจอ side effect ของยา เช่น กินแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือมีนงงมาก รวมถึงการแนะนำเรื่องการผลิตยารวมกันใน syringe driver ด้วย” (พ็องค์รวม.....พยาบาล)

“แนะนำสูตรตำรับยาแก้ปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย การแนะนำสูตรตำรับยาที่ใช้เสริมฤทธิ์แก้ปวดและยาตัวไหนที่ให้ซ้ำซ้อนกัน ยาตัวไหนที่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงที่ไม่ควรได้” (พีระคัม.....พยาบาล)

“แนะนำเรื่องการกินยาแก้ปวดให้ถูกต้อง แนะนำผลข้างเคียงจากยาที่อาจพบ การปรับตารางการกินยา การให้ความรู้ผู้ป่วยที่ต้องกินยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ซึ่งมักจะมีผลข้างเคียง ๆ เรื่องก่อกวนติดยาและเภสัชกรยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะยาเสพติดกลุ่ม Opioids ที่มีระบบที่เข้าถึงยาก” (พีระคัม.....แพทย์)

“เภสัชกรสามารถช่วยทีมได้ตั้งแต่การประเมินอาการปวดของผู้ป่วยว่าเป็นการปวดชนิดใดและแนะนำกับทีมว่าผู้ป่วยควรได้ยาแก้ปวดตัวไหนจึงจะเหมาะกับการปวดของผู้ป่วย รวมถึงสามารถช่วยแพทย์ในเรื่องการคำนวณขนาดยาและเภสัชกรก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยา Opioids โดยเฉพาะกับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่อาจมีการจำกัดรายการยาของโรงพยาบาล” (พีจิต... พยาบาล)

ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์ (Interview) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และรวบรวมออกมาเป็นบทบาทของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามที่ทีมสหสาขาวิชาชีพคาดหวังเป็นข้อ ๆ และได้แบ่งแยกบทบาทเหล่านั้นออกเป็น ๔ มิติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถาม) สำหรับการศึกษาในระยะที่ ๒ ได้ดังนี้

การดูแลด้านร่างกาย (Physical care)

๑. การให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology) เช่น การแนะนำยาที่เหมาะสมในการรักษา (Drug recommendation) แนะนำผลข้างเคียงและให้ข้อมูลด้านเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetic) ของยาแก่สมาชิกในทีมและรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ

๒. ช่วยเหลือสมาชิกในทีมในการติดตามระดับยาในเลือด การดูแลผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้การรักษาด้วยยาของแพทย์

๓. การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Drug utilization) ของแพทย์โดยเน้นไปที่ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวด (Pain management) และอาการอื่น ๆ (Symptoms management) เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

๔. ตรวจสอบการใช้ยาเดิม (Medication reconciliation) ของผู้ป่วยและให้ความรู้กับสมาชิกในทีมเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย

๕. การทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) และร่วมกับทีมในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๖. ปรับปรุง (Update) แผนการรักษา (Regimen) ด้วยยาที่จะใช้ในการรักษาโรคและอาการอื่น ๆ (Symptoms management) ให้ได้แผนการรักษาที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ

๗. ตรวจสอบความเหมาะสมของยาแผนโบราณ ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการรักษาโดยเฉพาะยาที่อ้างสรรพคุณในการแก้ปวด

๘. สามารถให้ข้อมูลสมาชิกในทีมพร้อมทั้งค้นหาหลักฐานอ้างอิง (Reference) ในกรณีที่ต้องมีการใช้ยาในลักษณะที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ในฉลากยา (Off-label uses)

๙. ช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) เช่น ผู้ป่วยที่เกิด side effect จากยา Morphine แล้วไม่รับประทานยาต่อแล้วร่วมกับทีมในการหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๑๐. ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความแตกต่างของ Drug-induced adverse effect กับ Drug-induced allergy reaction จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

๑๑. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม เช่น วิธีในการใช้เครื่องพ่นยา (Inhalers) ในการพ่นยา การใช้ Syringe driver ในการให้ยา และการใช้แผ่นแปะเพื่อบรรเทาอาการปวด เป็นต้น

๑๒. ร่วมกับแพทย์และสมาชิกในทีมในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (Round ward) เพื่อพร้อมที่จะให้ข้อมูลเรื่องยาแก่แพทย์และสมาชิกในทีมได้ในทันที

๑๓. เข้าร่วมในการประชุมทีม (Team meeting) เมื่อมีการทำกรณีศึกษา (Case conference) เพื่อให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมหากกรณีศึกษามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาและเป็น การเสริมสร้างองค์ความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างการประชุมทีม

๑๔. ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมในการกลับไปดูแลที่บ้าน

๑๕. ให้คำแนะนำเรื่องการให้ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปใช้ที่บ้านก่อนการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย

๑๖. รวบรวมและส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่น

๑๗. ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในการบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Medication chart) เพื่อเป็นการสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วยยาไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ

๑๘. ให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในทีมโดยเฉพาะทีมเยี่ยมบ้านที่อาจไปพบปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ไม่สามารถหาคำตอบเองได้ รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้

๑๙. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยา เช่น Nebulizers, IV infusion pump, Tubing, Feed pumps และ Syringe ให้ยา เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปรับการดูแลที่บ้านได้

๒๐. ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น เภสัชกรที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย

๒๑. สามารถประเมินภาวะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือ Palliative Performance Scale (PPS) ในกรณีที่มีความจำเป็นได้

๒๒. ร่วมกับทีมในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการตอบสนองต่อการให้ยา และค้นหา DRPs ของทั้งผู้ป่วยและญาติได้

๒๓. ร่วมกับทีมในการสร้างและพัฒนา protocol ที่จะใช้ในการจัดการกับอาการปวด (Pain management) ของผู้ป่วย

๒๔. ร่วมกับทีมในการพัฒนาระบบยาให้เอื้อต่อการเข้าถึงโดยเฉพาะกับยาที่ใช้ในการดูแลแบบ palliative care เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เป็นต้น

๒๕. ประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติ (Attitude) ต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และร่วมกับทีมในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่มีทัศนคติในการใช้ยาในเชิงลบ

๒๖. ประเมินชนิดอาการปวดของผู้ป่วยว่าเป็นอาการปวดชนิดใดและสามารถแนะนำยาที่เหมาะสมกับชนิดของอาการปวดดังกล่าวได้

๒๗. ประเมินภาวะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในเรื่องระดับของความปวด โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น Pain score เป็นต้น

๒๘. แนะนำการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในขนาดที่ไม่ใช่ขนาดปกติที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไป เช่น สามารถให้คำแนะนำการเพิ่มขนาดยา Morphine สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการปวดจากขนาดยาปกติได้

๒๙. แนะนำการเปลี่ยนรูปแบบและชนิดของยาแก้ปวดรวมถึงการเทียบเคียงยาแก้ปวดจากตัวหนึ่งไปยังอีกตัวหรือจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มได้

๓๐. แนะนำขนาดของการใช้ยาแก้ปวด Morphine ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีอาการปวดรุนแรงฉุกเฉิน (Pain crisis) เกิดขึ้นได้

๓๑. แนะนำขนาดและวิธีการใช้ยา Naloxone ในการต้านพิษ Morphine ในกรณีที่มีปริมาณยาที่สะสมพอกพูน (Stack dose) หรือกรณีที่มีการให้ยาเกินขนาด (Overdose)

๓๒. แนะนำการใช้ยาเสริมฤทธิ์ (Adjuvant) หรือการใช้ยาร่วม (Co-analgesic) อื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันในการบรรเทาอาการปวดได้

๓๓. แนะนำการเริ่มยา Methadone ในผู้ป่วยที่มีการติดต่อยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids รวมถึงการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยจากการใช้ยาได้

๓๔. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง (Terminal sedation) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาลักษณะนี้ได้

๓๕. ช่วยปรับตารางรับประทานยาและจัดทำแบบบันทึกความปวด (Pain diary) เพื่อติดตามการกินยาแก้ปวดของผู้ป่วย

๓๖. เตรียมสูตรตำรับและผลิตภัณฑ์ที่เจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะรายให้ได้สูตรตำรับที่มีประสิทธิภาพ

๓๗. การปรับสูตรตำรับ การปรับรูปแบบยา รวมถึงการปรับวิธีในการบริหารยา เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอก ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย

การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)

๑. ช่วยสมาชิกในทีมในการค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย (Unfinished business) ที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปล่อยวางได้ และวางแผนร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาดังกล่าว

๒. ประเมินความหวังของผู้ป่วยและญาติโดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การขอพร ๓ ประการ (๓ Wishes) เพื่อทราบถึงความคาดหวังต่อชีวิตของผู้ป่วย

๓. ช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึก ที่เป็นความรักความผูกพัน ความสุข ความสำเร็จหรือแม้แต่ความทุกข์ในอดีตรวมถึงช่วยพูดให้ผู้ป่วย รู้สึกผ่อนคลายและสบายใจขึ้น

๔. ร่วมกับทีมในการดูแลด้านจิตใจและช่วยเสริมกำลังใจ (Empower) ให้ญาติผู้ป่วย หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลด้านสังคม (Social care)

๑. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาด้านสังคม (Social assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกใน ครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะทางสังคมของผู้ดูแล (Care giver) และวางแผน ร่วมกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว

๒. ร่วมให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่ง บางครั้งเภสัชกรอาจจะช่วยระบุทางเลือกในการรักษาด้วยยาที่มี Cost-effective โดยเฉพาะกับผู้ป่วย ที่มีปัญหาในการจ่ายค่ายา

การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)

๑. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาในด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) การปฏิบัติตามความ เชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๒. ประเมินเรื่องความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ทีมยังขาด เช่น ความต้องการการดูแลจากนักบวชตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือแล้วช่วยประสานกับสมาชิกในทีม

๓. ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่ดำเนินมาถึงระยะ สุดท้ายและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธความตายรวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้

๔.๑.๓.๓ งานสำคัญ ๓ อันดับที่สมาชิกในทีมต้องการจากเภสัชกร

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าเภสัชกรนั้นสามารถเข้ามาช่วยเหลือสมาชิกในทีมในการ ดูแลแบบ palliative care ได้หลาย ๆ อย่างแต่การเข้ามามีส่วนร่วมในทีมของเภสัชกรก็ยังน้อยอยู่ ซึ่ง ผู้ให้ข้อมูลได้ให้เหตุผลว่าอาจมีสาเหตุมาจากภาระงานที่มากหรืออัตรากำลังของเภสัชกรที่ยังไม่ เพียงพอ จึงไม่สามารถเข้ามาร่วมทำงานกับทีมได้เต็มที่ ผู้ให้ข้อมูลจึงได้ระบุงานสำคัญ ๓ อันดับแรกที่ สมาชิกในทีมเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องการให้เภสัชกรเข้ามาช่วยมากที่สุดซึ่งเรียงลำดับบทบาท ความสำคัญของงานได้ดังนี้

๑. การเข้ามาดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก ขณะที่นอนที่โรงพยาบาล (Admit) และก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน (Discharge) ซึ่งหมายรวมถึงยาในการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็น ยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วมและยาที่ใช้ในการรักษาอาการปวดและอาการอื่น ๆ (ถูกเลือกตอบ ๘ ครั้ง)

“ดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยมานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและการใช้ยาที่บ้านด้วย” (พี่หมอคักกี้ศรี.....แพทย์)

“การดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยทั้งยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการปวด และยาอื่น ๆ ของผู้ป่วย ด้วย ช่วยดูการสั่งยาของแพทย์ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ เช่น อาจจะมีแพทย์บางท่านสั่งยา M.O. ซึ่งเป็นยาแบบ sustained release แต่สั่งให้รับประทานทุก ๔ ชั่วโมง หรือ ทุก ๖ ชั่วโมง ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่” (พีจิต.....พยาบาล)

๒. การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ทั้งแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงสมาชิกในทีม palliative care เองที่ยังกลัวการใช้ยากลุ่มดังกล่าว (ถูกเลือกตอบ ๗ ครั้ง)

“อยากให้มีเภสัชกรเข้ามาพูดคุยกับผู้ป่วย เรื่องการกลัวติดยา เรื่องความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งก็ถือเป็น section ที่ใหญ่มากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนประเด็นที่รองลงมาคือเรื่องของการช่วยเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่บ้าน” (พีริญญาณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

“การให้ความรู้เรื่องการใช้ยา opioid ทั้งแก่บุคลากรด้วยกันเอง รวมทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติด้วย” (พีจิต.....พยาบาล)

๓. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น ภายใต้บริบทของผู้ป่วยที่ทีมมักจะไม่เห็นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล (ถูกเลือกตอบ ๔ ครั้ง)

“อีกงานคืองานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เป็นการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นการออกเยี่ยมแบบเป็นทีมและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น” (พีจิต.....พยาบาล)

“เรื่องรอง ๆ ลงมาที่อยากให้เราเข้ามาช่วยคือเรื่องการเยี่ยมบ้าน หากเป็นไปได้” (พีริญญาณ.....นักสังคมสงเคราะห์)

๔.๑.๓.๔ คุณลักษณะหรือคุณสมบัติที่ดีของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

จากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลถึงคุณลักษณะหรือคุณสมบัติที่ดีของเภสัชกรที่ทีมต้องการในการเข้าร่วมทำงาน palliative care ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุคุณสมบัติที่ทีมต้องการมากที่สุดคือ ทักษะคติ (Attitude) ในการทำงานที่ดี (ผู้ให้ข้อมูล ๔ คน) คือควรมีความสนใจและมีใจรักในงาน palliative care ควรเป็นคนที่มีความแรงบันดาลใจ (Inspiration) ในการทำงานนี้อีกทั้งต้องมีจิตใจที่อยากจะช่วยเหลือคน (Humanized healthcare) มองเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้เข้าใจหลักการที่แท้จริงของงาน palliative care ส่วนคุณลักษณะที่สำคัญรองลงมาคือ เรื่องของการทำงานเป็นทีม (Team work) (ผู้ให้ข้อมูล ๓ คน) คือต้องเป็นคนที่พร้อมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยด้วย ส่วนเรื่องที่สำคัญในทีมเห็นว่ามีค่าสำคัญเป็นอันดับท้าย ๆ คือเรื่ององค์ความรู้ (Knowledge) หรือทักษะ (Skill) ในการทำงาน

(ผู้ให้ข้อมูล ๑ คน) เนื่องจากสมาชิกในทีมเห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถศึกษาเพิ่มเติมและเรียนรู้ได้จากการทำงานร่วมกับทีม

“เน้นคนที่มีความคิดที่ดีในการทำงาน เพราะเรื่องของการประสานหรือองค์ความรู้มันสามารถเพิ่มกันได้ อีกทั้งยังต้องการคนที่เปิดรับความคิดเห็นของคนอื่นด้วย” (พี่ประคอง..... นักจิตวิทยา)

“ต้องการเภสัชกรที่มี inspiration ในการทำงานนี้ มีใจรักและเข้าใจปัญหาความทุกข์ ความเจ็บปวดของผู้ป่วย ยกตัวอย่างที่ตนเองเจอคือ แพทย์จะทดลองสั่งยา Fentanyl inj. โดยนำมาใช้ในรูปแบบ sublingual แต่เมื่อสั่งยาไปเภสัชกรที่อยู่เวรไม่ยอมจ่ายยาให้เพราะไม่มีแนวทางในการใช้ยาแบบนี้ทั้งที่แพทย์ได้ชี้แจงความจำเป็นในการต้องให้ยาแล้ว จนต้องรออีกวันผู้ป่วยถึงได้ยา ซึ่งนี่เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรที่จะเข้ามาทำงานดังกล่าวควรมีจิตใจที่เข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยเพราะบางครั้งความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ใน scale สูง ๆ แม้แต่วินาทีที่มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก” (พี่อัครม..... พยาบาล)

“ต้องการคนที่สนใจงานเรื่อง palliative care และสมัครใจที่จะทำงานนี้ ส่วนเรื่องของความรู้คิดว่าเภสัชกรมีความรู้พื้นฐานที่ได้อยู่แล้ว ซึ่งทีมไม่ได้ต้องการคนที่ advance มากมาย” (พี่สังคม..... พยาบาล)

“ต้องมีทัศนคติที่ดีในงานเพราะงานนี้ต้องอาศัยคนที่อยากทำจริง ๆ คนที่อยากช่วยเหลือคนจริง ๆ และต้องรับกับความเครียดของงานที่เกิดจากการทำงานกับความตายของคนได้” (พี่หมอกาย..... แพทย์)

“เน้นคนทำงานเป็นทีมได้ รับฟังความเห็นของผู้อื่นได้ เพราะการทำงาน palliative care เน้นการทำงานเป็นทีม จึงต้องการคนที่ทำงานเป็นทีมได้เป็นหลัก” (พี่จิต..... พยาบาล)

๔.๑.๔. ข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลต่องาน palliative care ของประเทศไทย

๔.๑.๔.๑ ข้อเสนอแนะต่อภาพรวมของงาน palliative care

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่างานนี้ในประเทศไทยยังได้รับการให้ความสำคัญที่น้อยอยู่ทั้งที่ในต่างประเทศให้ความสำคัญกับงานนี้เป็นอย่างมาก โดยได้มีการใช้รูปแบบการดูแลแบบ palliative care นี้ควบคู่ไปกับรูปแบบการรักษาให้หาย (Curative care) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นเพื่อให้งานนี้ในประเทศไทยได้รับการให้ความสำคัญที่มากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมีข้อเสนอแนะใน ๓ ประเด็นดังนี้

๑. ควรมีการสร้างความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นความสำคัญและเข้าใจในหลักการที่แท้จริงของการทำงาน palliative care เช่น การแก้ปัญหาความเข้าใจผิดที่คิดว่าการดูแลแบบ palliative care คือการไม่ให้การรักษาใด ๆ เลย

๒. ต้องมีการสร้างทัศนคติในเชิงบวกของภาคประชาชนในเรื่องของความตาย ให้กล้าที่จะพูดถึงและยอมรับในเรื่องของความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะการยอมรับนั้นจะนำมาซึ่งการวางแผนการดูแลที่ถูกต้อง

๓. ควรมีการบรรจุหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่อง palliative care เข้าไปในหลักสูตรการเรียนของทุกวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและเพื่อให้บัณฑิตที่จบมาใหม่ ๆ สามารถปรับตัวในการทำงาน palliative care ได้เร็วขึ้นอีกทั้งควรมีการจัดอบรมหรือจัดประชุมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวกับงาน palliative care ให้มากขึ้นเพื่อเป็นการเพิ่มเติมความรู้ของบุคลากรในการทำงาน palliative care อย่างต่อเนื่อง

“งานนี้สำหรับประเทศเราต้องยังต้องการการพัฒนาทั้ง ๒ ฝ่าย คือฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ในการเพิ่มองค์ความรู้ การสอนเรื่อง palliative ให้รู้ว่าถ้าผู้ป่วยที่ดูแลและไม่หายแล้วต้องทำยังไงต่อ รวมถึงฝ่ายภาคประชาชนในการยอมรับงาน palliative care และต้องรู้ภาพการทำงานและอีกจุดที่สำคัญคือผู้ที่ควรรู้จักการดูแลรูปแบบนี้และนำไปใช้กับผู้ป่วยก็คือแพทย์เจ้าของไข้ทุก ๆ คน ไม่ใช่จะมอบให้เป็นเฉพาะงานของทีม palliative care เพราะแพทย์เจ้าของไข้จะมีความสัมพันธ์ที่ดีที่รู้จักคนไข้มาก่อนเป็นอย่างดี และควรจะมีการวางแผนการรักษาการดูแลผู้ป่วย (Advance care plan)” (พี่หมอกาย.....แพทย์)

“ควรมีการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในการทำงาน palliative care เพราะบ่อยครั้งเจ้าหน้าที่เองยังไม่เข้าใจหลักการการทำงาน เช่น พยาบาลไม่กล้าให้ยาแก้ปวด M.O. เพราะกลัวลดการหายใจหรือกลัวผู้ป่วยติดยา และควรปรับระบบการศึกษาของประเทศให้มีหลักสูตร palliative care แทรกเข้าไปด้วย เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์” (พี่ประคอง.....นักจิตวิทยา)

“อยากให้มีการปรับทัศนคติของภาคประชาชนในเรื่องความตาย ให้กล้าพูด กล้าวางแผนเรื่องความตาย” (พี่หมอคักศักดิ์ศรี.....แพทย์)

“อยากให้ทุกวิชาชีพบรรจุหัวข้อ palliative care เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิตจบใหม่สามารถเข้าใจงานและปรับตัวในการทำงาน palliative care ได้เร็วขึ้น” (พี่องค์กรวม.....พยาบาล)

๔.๑.๔.๒ ข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในงาน palliative care

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเราจะพบว่างาน palliative care นั้นถือเป็นงานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและวิชาชีพเภสัชกรก็ถือเป็นอีกหนึ่งวิชาชีพที่สำคัญของงานนี้ แต่จากการที่เภสัชกรยังเข้าไปมีส่วนร่วมน้อยสมาชิกในทีม palliative care จึงมีข้อเสนอแนะ

ให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในงานนี้ให้มากขึ้นเพื่อให้การทำงาน palliative care เป็นการทำงานแบบ ทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มรูปแบบและเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกมิติและเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อผู้ป่วย

“อยากให้เภสัชกรเข้ามาร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นกว่าปัจจุบัน เพื่อให้ วิชาชีพอื่นเห็นว่าเภสัชกรมีความสามารถช่วยทีมได้มากน้อยเพียงใด” (พี่หมอกาย.....แพทย์)

“เภสัชกรควรเข้ามาร่วมในการทำ case conference เพื่อแสดงบทบาทในการ แก้ปัญหาเรื่องยาของผู้ป่วยให้สมาชิกในทีมเห็นภาพชัดเจนขึ้น” (พี่จิต.....พยาบาล)

“อยากให้เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมให้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับ ทีม” (พี่งศ์รวม.....พยาบาล)

๔.๒ ผลการศึกษาในระยะที่ ๒

จากบทบาทงานและคุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตาม ความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้มาจากการศึกษาในระยะที่ ๑ นำมาสู่การสร้าง แบบสอบถามเพื่อถามถึงระดับความสามารถของเภสัชกรในการตอบสนองต่อความคาดหวังดังกล่าว จนได้มาซึ่งผลการศึกษาในระยะที่ ๒ โดยแบ่งออกได้เป็น ๔ ประเด็น ดังนี้

๔.๒.๑ สถานภาพทั่วไปของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

๔.๒.๑.๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

จากแบบสอบถามจำนวน ๘๕๘ ฉบับได้รับการตอบกลับทั้งสิ้น ๔๙๒ ฉบับ (ร้อยละ ๕๗) พบว่ากลุ่มเภสัชกรที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๗๘.๔๖) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง ๓๐ - ๔๐ ปี (ร้อยละ ๓๙.๘๔) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี) (ร้อยละ ๕๗.๙๓) ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ ๕๖.๑๐) มีประสบการณ์ทำงานในสาย งานโรงพยาบาลในช่วง ๐ - ๑๐ ปี (ร้อยละ ๕๔.๘๘) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในส่วนของงานบริการ ผู้ป่วยนอก (ร้อยละ ๔๐.๘๕) ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ข้อมูลส่วนบุคคลของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

N = ๔๙๒ คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๐๖	๒๑.๕๔
หญิง	๓๘๖	๗๘.๔๖
อายุ		
น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๗๗	๓๕.๙๘

ตารางที่ ๔ ข้อมูลส่วนบุคคลของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๓๐-๔๐ ปี	๑๙๖	๓๙.๘๔
๔๑-๕๐ ปี	๘๙	๑๘.๐๙
มากกว่า ๕๐ ปี	๓๐	๕.๑๐
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	๒๘๕	๕๗.๙๓
ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	๙๕	๑๙.๓๑
ปริญญาโท	๑๐๗	๒๑.๗๕
ปริญญาเอก	๒	๐.๔๑
วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม	๓	๐.๖๑
สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน		
กระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖	๕๖.๑๐
กระทรวงศึกษาธิการ	๑๕๓	๓๑.๐๙
กรุงเทพมหานคร	๑๘	๓.๖๕
กระทรวงกลาโหม/สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔๕	๙.๑๕
ประสบการณ์การทำงานในสายงานโรงพยาบาล		
๐-๑๐ ปี	๒๗๐	๕๔.๘๘
๑๑-๒๐ ปี	๑๕๓	๓๑.๑๐
๒๑-๓๐ ปี	๖๒	๑๒.๖๐
๓๑-๔๐ ปี	๗	๑.๔๒
หน้าที่หลักที่รับผิดชอบ		
งานบริการผู้ป่วยนอก	๒๐๑	๔๐.๘๕
งานบริการผู้ป่วยใน	๑๐๓	๒๐.๙๓
งานผลิตยา	๕๒	๑๐.๕๗
งานจัดซื้อและบริหารเวชภัณฑ์	๓๕	๗.๑๑
งานคลินิก	๔๖	๙.๓๕
งานสารสนเทศทางยา	๒๖	๕.๒๘
งานอื่น ๆ เช่น งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ งานบริหาร	๒๙	๕.๘๙
รวม	๔๙๒	๑๐๐

๔.๒.๑.๒ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care

เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๙.๘๔) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ palliative care มาก่อน ดังตารางที่ ๕ แต่มีบางส่วนที่ระบุว่าเคยมีประสบการณ์ดังกล่าวมาบ้าง ซึ่งผู้ที่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๔๔) จะ

เป็นประสบการณ์ที่เคยผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับ palliative care แต่ก็ยังไม่เคยผ่านการทำงานหรืออยู่ในทีม palliative care มาก่อน ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๕ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ประสบการณ์ในการทำงาน palliative care	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคย	๕๐	๑๐.๑๖
ไม่เคย	๔๔๒	๘๙.๘๔
รวม	๔๙๒	๑๐๐

ตารางที่ ๖ รายละเอียดของประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับ palliative care	๒๒	๔.๔
ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับ palliative care และได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการแต่ยังไม่เคยปฏิบัติงานร่วมกับทีม	๑๐	๒.๐
ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม palliative care	๑๐	๒.๐
อื่น ๆ เช่น เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย palliative care ในหอผู้ป่วย	๘	๑.๖
รวม	๕๐	๑๐.๐

๔.๒.๑.๓ ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

สำหรับประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๔.๑๕) ระบุว่าไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมาก่อนเลยดังตารางที่ ๗ แต่ก็มีเภสัชกรบางส่วนที่ระบุว่าเคยมีประสบการณ์ดังกล่าวมาบ้าง ซึ่งผู้ที่เคยมีประสบการณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๓๒.๐๕) ระบุว่าเคยมีประสบการณ์นั้นแค่ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ คือแค่ประมาณ ๑ - ๖ เดือน ดังตารางที่ ๘

ตารางที่ ๗ ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคย	๓๘	๑๕.๘๕
ไม่เคย	๔๑๔	๘๔.๑๕
รวม	๔๕๒	๑๐๐

ตารางที่ ๘ รายละเอียดระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของเกษตรกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า ๑ เดือน	๒๓	๒๙.๕๘
๑-๖ เดือน	๒๕	๓๒.๐๕
๖-๑๒ เดือน	๑๔	๑๗.๙๕
มากกว่า ๑๒ เดือน	๑๖	๒๐.๕๑
รวม	๗๘	๑๐๐

๔.๒.๑.๔ ความรู้ความเข้าใจต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care

ในเรื่องความรู้ความเข้าใจต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ของเกษตรกรผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ให้ความหมายของการดูแลแบบ palliative care ว่าเป็นการดูแลที่ทำความคุ้นระหว่างการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (ร้อยละ ๒๓.๖๔) รองลงมาคือเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ ๒๓.๐๗) แต่จะมีหัวข้อที่เกษตรกรผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญที่ค่อนข้างน้อย คือเรื่องความเข้าใจว่าการดูแลรูปแบบนี้เป็น การดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (ร้อยละ ๑๑.๙๒) ดังตารางที่ ๙ ส่วนหัวข้อที่เป็นนิยามความหมายในเชิงลบหรือความเข้าใจที่ยังคลาดเคลื่อนของเกษตรกรต่อรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ก็พบว่าหัวข้อที่เกษตรกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๔๘.๒๘) เลือกตอบมากที่สุดคือ การที่เข้าใจว่าการดูแลแบบ palliative care เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๙ ความรู้ความเข้าใจในเชิงบวกต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ของเกษตรกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ความเข้าใจเชิงบวกต่องาน palliative care	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
เป็นการดูแลที่ทำความคุ้นระหว่างการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ	๓๓๕	๒๓.๖๔
เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	๓๒๗	๒๓.๐๗
เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	๓๐๙	๒๑.๘๐
เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน	๒๗๗	๑๙.๕๔
เป็นการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต	๑๖๙	๑๑.๙๒

ตารางที่ ๙ ความรู้ความเข้าใจในเชิงบวกต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ความเข้าใจเชิงบวกต่องาน palliative care	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
รวม	๑,๔๑๗	๑๐๐

ตารางที่ ๑๐ ความรู้ความเข้าใจในเชิงลบต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ความเข้าใจเชิงลบต่องาน palliative care	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต	๑๘๓	๔๘.๒๘
เป็นการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบที่ไม่ให้การรักษาใด ๆ (เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ แล้ว) เช่น ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ยารักษาโรคที่เป็นแล้ว	๑๐๑	๒๖.๖๔
เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้นั้นเฉพาะการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก	๙๕	๒๕.๐๖
รวม	๓๗๙	๑๐๐

๔.๒.๑.๕ ความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของทีม palliative care สำหรับความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของทีม palliative care นั้น เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๘.๗๘) ต่างระบุว่าเภสัชกรเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการทำงานของทีม palliative care ดังตารางที่ ๑๑ ซึ่งระดับความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานนี้ที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบมากที่สุดจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันระหว่างเป็นที่ปรึกษาของทีม (Consultant) (ร้อยละ ๓๙.๖๓) กับการเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักของทีม (Worker) (ร้อยละ ๓๘.๒๑) ดังตารางที่ ๑๒

ตารางที่ ๑๑ ความคิดเห็นต่อความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม palliative care

ความจำเป็นของเภสัชกร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำเป็น	๔๘๖	๙๘.๗๘
ไม่จำเป็น	๖	๑.๒๒
รวม	๔๙๒	๑๐๐

ตารางที่ ๑๒ ระดับความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม palliative care

ระดับความจำเป็นของเภสัชกร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เป็นที่ปรึกษาในเวลาที่ทีมต้องการ (Consultant)	๑๙๕	๓๙.๖๓
เป็นผู้ปฏิบัติงานของทีม (Worker)	๑๘๘	๓๘.๒๑
เป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและวางแผนงาน (Team leader)	๙๙	๒๐.๑๒
อื่น ๆ เช่น ขึ้นกับบริบทโรงพยาบาล ทำได้แค่แนะนำเรื่องยา	๕	๑.๐๑
รวม	๔๙๒	๑๐๐

๔.๒.๑.๖ จุดเด่นและจุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงาน palliative care

วิชาชีพเภสัชกรรมถือเป็นวิชาชีพที่มีจุดแข็งหรือจุดเด่นหลายอย่างที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเองเชื่อว่าจะสามารถช่วยเหลือทีม palliative care ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ โดยจุดเด่นที่สำคัญที่สุดที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าจะเป็นข้อดีที่จะช่วยให้ทำงานร่วมกับทีม palliative care ได้อย่างดีคือ การเป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) (ร้อยละ ๓๖.๘๒) รองลงมาคือ การเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด (ร้อยละ ๓๓.๕๙) ดังตารางที่ ๑๓ แต่ก็มีจุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมบางอย่างที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าอาจจะเป็นอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีม palliative care และอาจทำให้ทำงานออกมาได้ไม่ดี โดยจุดอ่อนสำคัญคือการเป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้อาจไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร้อยละ ๓๓.๕๖) และรองลงมาคือเรื่องของภาระงานประจำที่มากทำให้มีโอกาสนในการทำงาน palliative care ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ ๒๖.๒๘) ดังตารางที่ ๑๔

ตารางที่ ๑๓ จุดเด่นที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะสามารถช่วยการทำงานร่วมกับทีม palliative care ได้ดี

จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรม	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs)	๔๒๒	๓๖.๘๒
เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด	๓๘๕	๓๓.๕๙
เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	๑๘๘	๑๖.๔๐
เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้	๑๓๘	๑๒.๐๔
อื่น ๆ เช่น เป็นวิชาชีพที่ควบคุมกำกับดูแลนโยบายการใช้ยาเสพติด	๑๓	๑.๑๓
รวม	๑,๑๔๖	๑๐๐

ตารางที่ ๑๔ จุดอ่อนที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีม palliative care

จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรม	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่าง รอบด้าน	๓๓๑	๓๓.๔๖
เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก	๒๖๙	๒๗.๑๙
เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงาน palliative care ค่อนข้างน้อย	๒๖๐	๒๖.๒๘
มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยได้น้อย	๑๐๕	๑๐.๖๑
อื่น ๆ เช่น ยังไม่ให้ความสำคัญกับงาน palliative care มากนัก	๒๔	๒.๔๒
รวม	๙๘๙	๑๐๐

๔.๒.๑.๗ ความมั่นใจของเภสัชกรในการร่วมงานกับทีม palliative care

หากเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามต้องเข้าร่วมทีม palliative care ก็จะพบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๗.๐๗) ต่างก็มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทีม ดังตารางที่ ๑๕ และเมื่อเจาะลึกถึงระดับความมั่นใจในการทำงานก็พบว่าเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ ๖๕.๑๕ มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงานกับทีมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มหนึ่ง (ร้อยละ ๓๐.๖๐) ที่มีความมั่นใจถึงในระดับมากดังตารางที่ ๑๖

ตารางที่ ๑๕ ความมั่นใจของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามในการเข้าร่วมทำงานกับทีม palliative care

ความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงาน palliative care	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มั่นใจ	๓๓๐	๖๗.๐๗
ไม่มั่นใจ	๑๖๒	๓๒.๙๓
รวม	๔๙๒	๑๐๐

ตารางที่ ๑๖ ระดับความมั่นใจในการทำงาน palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

ระดับความมั่นใจในการทำงาน palliative care	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	๑๐๑	๓๐.๖๐
ปานกลาง	๒๑๕	๖๕.๑๕
น้อย	๑๔	๔.๒๔
รวม	๓๓๐	๑๐๐

สำหรับกลุ่มเภสัชกรที่ระบุว่าไม่มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงานกับทีม palliative care นั้นส่วนใหญ่ให้เหตุผลของความไม่มั่นใจว่าเป็นเพราะขาดองค์ความรู้ในเรื่องหลักการในการดูแลรูปแบบ palliative care (ร้อยละ ๒๓.๓๕) และบางส่วนระบุว่าไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าวมาก่อน (ร้อยละ ๒๒.๗๕) ดังตารางที่ ๑๗

ตารางที่ ๑๗ เหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีม palliative care ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

เหตุผลความไม่มั่นใจ	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
ขาดองค์ความรู้เรื่องหลักการในการดูแลรูปแบบ palliative care	๑๑๗	๒๓.๓๕
ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าว	๑๑๔	๒๒.๗๕
ขาดองค์ความรู้ระดับลึกในเรื่อง pain management	๙๓	๑๘.๕๖
มีเภสัชกรไม่เพียงพอในการทำงาน	๖๔	๑๒.๗๗
ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ต้องพูดคุย support จิตใจของผู้ป่วย	๖๐	๑๑.๙๗
มีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า	๔๙	๙.๗๘
อื่น ๆ เช่น การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีความแปรปรวนสูง	๔	๐.๗๙
รวม	๕๐๑	๑๐๐

๔.๒.๒ ความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากข้อมูลที่พบว่าเภสัชกรต่างมีความสนใจและมั่นใจในการทำงาน palliative care และหากเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามได้เข้าร่วมการทำงานกับทีม palliative care ก็จะพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีมได้เป็นอย่างดีที่สุดก็คือ การดูแลในมิติด้านร่างกาย (ร้อยละ ๔๑.๓๖) และด้านที่คิดว่าจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีมได้น้อยที่สุดก็คือ การดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ ๘.๐๗) ดังตารางที่ ๑๘

ตารางที่ ๑๘ การดูแลที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีม palliative care ได้ดี

ด้านการดูแล	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	๓๗๙	๔๑.๙๒
ด้านจิตใจ	๓๓๔	๓๖.๙๔
ด้านสังคม	๑๑๘	๑๓.๐๕
ด้านจิตวิญญาณ	๗๓	๘.๐๗
รวม	๙๐๔	๑๐๐

สำหรับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งถือเป็นประเด็นหลักของการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถในการทำงาน palliative care โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 6.50$, $SD = 1.73$) และเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าด้านการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 7.22$, $SD = 1.45$) และด้านการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถอยู่ในระดับมากที่สุดคือการดูแลด้านสังคม ($\bar{X} = 6.44$, $SD = 2.00$) ส่วนด้านการดูแลที่คิดว่าจะมีควมระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 6.25$, $SD = 2.00$) และด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 6.05$, $SD = 2.14$) โดยด้านการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยความสามารถสูงสุดคือด้านร่างกายและด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถต่ำที่สุดคือด้านจิตวิญญาณ ดังตารางที่ ๑๙

ตารางที่ ๑๙ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน

ด้านการดูแล	ระดับความสามารถ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านร่างกาย	๗.๒๒	๑.๔๕	มากที่สุด
ด้านจิตใจ	๖.๒๕	๒.๐๐	ปานกลาง
ด้านสังคม	๖.๔๔	๒.๐๐	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	๖.๐๕	๒.๑๔	ปานกลาง
โดยรวม	๖.๕๐	๑.๗๓	มาก

การแปลผล ระดับคะแนน ๑.๐๐ – ๒.๘๐ คือ ระดับความสามารถน้อยที่สุด
 ระดับคะแนน ๒.๘๑ – ๔.๖๐ คือ ระดับความสามารถน้อย
 ระดับคะแนน ๔.๖๑ – ๖.๔๐ คือ ระดับความสามารถปานกลาง
 ระดับคะแนน ๖.๔๑ – ๘.๒๐ คือ ระดับความสามารถมาก
 ระดับคะแนน ๘.๒๑ – ๑๐.๐๐ คือ ระดับความสามารถมากที่สุด

เมื่อพิจารณาระดับความสามารถในรายชื่อก็จะสามารถแบ่งกลุ่มบทบาทงานตามระดับความสามารถออกได้เป็น ๓ กลุ่ม โดยกลุ่มแรกคือกลุ่มที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าตนมีความสามารถอยู่ในระดับมากที่สุด ตัวอย่างเช่น ตรวจสอบการใช้ยาเดิม (Medication reconciliation) ของผู้ป่วยและให้ความรู้กับสมาชิกในทีมเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย ($\bar{X} = 8.73$, $SD = 1.41$) การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม ($\bar{X} = 8.31$, $SD = 1.45$) การให้คำแนะนำเรื่องการใส่ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปใช้ที่บ้านก่อนการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย ($\bar{X} = 8.28$, $SD = 1.63$) การทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) ($\bar{X} = 8.12$, $SD = 1.62$) กลุ่มต่อมาคือกลุ่มบทบาทงานที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าตนมีความสามารถอยู่ในระดับมาก เช่น การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Utilization) ของ

แพทย์โดยเน้นยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและอาการอื่น ๆ (Symptom management) ($\bar{X} = ๗.๖๖$, $SD = ๒.๘๔$) การประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีทัศนคติในการใช้ยาในเชิงลบ ($\bar{X} = ๗.๓๙$, $SD = ๑.๗๖$) และการให้ข้อมูลและค้นหาหลักฐานอ้างอิงในกรณีที่มีการใช้ยาในลักษณะที่ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ในฉลากยา (Off-label uses) ($\bar{X} = ๗.๓๗$, $SD = ๑.๗๑$) และอีก กลุ่มคือกลุ่มที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าตนมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง ตัวอย่างเช่น การประเมินความหวังของผู้ป่วยและญาติโดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การช่วยทำให้ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธ ความตายรวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้ ($\bar{X} = ๖.๐๘$, $SD = ๒.๒๓$) และการประเมินเรื่องความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความต้องการการดูแลจากพระหรือบาทหลวง แล้วช่วย ประสานกับสมาชิกในทีมและร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ($\bar{X} = ๖.๐๒$, $SD = ๒.๒๑$) การขอ พร ๓ ประการ (3 Wishes) เพื่อทราบถึงความคาดหวังต่อชีวิตของผู้ป่วย ($\bar{X} = ๕.๙๒$, $SD = ๒.๒๒$) โดยมีรายละเอียดของระดับความสามารถตามบทบาททั้งหมดดังตารางที่ ๒๐

ตารางที่ ๒๐ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ รายข้อ

ความคาดหวังของสมาชิกในทีมต่อบทบาทใน palliative care ของเภสัชกร	ระดับความสามารถ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
๑. ตรวจสอบการใช้ยาเดิม (Medication reconciliation) ของผู้ป่วยและให้ความรู้ กับสมาชิกในทีมเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย	๘.๗๓	๑.๔๑	มากที่สุด
๒. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม เช่น การใช้ Inhalers ในการพ่นยา การใช้ Syringe driver การใช้แผ่นแปะแก้ปวด เป็นต้น	๘.๓๑	๑.๕๘	มากที่สุด
๓. ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปใช้ที่บ้านก่อนการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย	๘.๒๘	๑.๖๓	มากที่สุด
๔. ทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหา ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) และร่วมกับทีมในการวางแผนป้องกันและแก้ไข ปัญหาดังกล่าว	๘.๑๒	๑.๖๒	มากที่สุด
๕. คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) เช่น ผู้ป่วยที่เกิด S/E จากยา M.O. แล้วไม่รับประทานยาต่อ และร่วมกับทีมในการหาทาง แก้ปัญหา	๗.๙๖	๑.๖๕	มาก
๖. ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในการบันทึกและอัปเดตประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Medication chart) เพื่อสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วย ยาไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ	๗.๙๓	๑.๖๒	มาก
๗. ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ Drug-induced adverse effect กับ Drug-induced allergy reaction จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids และช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไข	๗.๘๕	๑.๗๑	มาก
๘. รวบรวมและส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา ในสถานพยาบาลอื่น	๗.๗๗	๑.๙๑	มาก

ตารางที่ ๒๐ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ รายข้อ (ต่อ)

ความคาดหวังของสมาชิกในทีมต่อบทบาทใน palliative care ของเภสัชกร	ระดับความสามารถ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
๙. ให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology) เช่นการแนะนำยาที่เหมาะสมในการรักษา (Drug recommendation) แนะนำผลข้างเคียง เป็นต้นและให้ข้อมูลด้านเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetic) ของยาแก่สมาชิกในทีม palliative care	๗.๖๙	๓.๒๒	มาก
๑๐. ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Utilization) ของแพทย์โดยเน้นยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและอาการอื่น (Symptoms management) เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น	๗.๖๖	๒.๘๔	มาก
๑๑. ให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในทีม รวมถึงผู้ป่วยและญาติได้	๗.๕๗	๑.๘๖	มาก
๑๒. ประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติต่อการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีทัศนคติในการให้ยาในเชิงลบ	๗.๓๙	๑.๗๖	มาก
๑๓. สามารถให้ข้อมูลและค้นหาหลักฐานอ้างอิงในกรณีที่มีการใช้ยาในลักษณะที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ในฉลากยา (Off-label uses)	๗.๓๗	๑.๗๑	มาก
๑๔. แนะนำการเปลี่ยนรูปแบบและชนิดของยาแก้ปวดรวมถึงการเทียบเคียงยาแก้ปวดจากตัวหนึ่งไปยังอีกตัวหรือจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มได้	๗.๒๘	๒.๐๓	มาก
๑๕. ร่วมกับทีมในการพัฒนาระบบยาให้เอื้อต่อการเข้าถึงโดยเฉพาะกับยาที่ใช้ในการดูแลแบบ palliative care เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เป็นต้น	๗.๒๖	๑.๙๓	มาก
๑๖. แนะนำการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ในขนาดที่ไม่ใช่ขนาดปกติที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไป เช่น สามารถให้คำแนะนำการเพิ่มขนาดยา M.O. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการปวดจากขนาดยาปกติได้	๗.๒๓	๑.๙๙	มาก
๑๗. ปรับปรุง (Update) แผนการรักษา (Regimen) ด้วยยาที่จะใช้ในการรักษาโรคและอาการอื่น ๆ (Symptoms management) ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ	๗.๑๘	๓.๑๐	มาก
๑๘. ตรวจสอบความเหมาะสมของยาแผนโบราณยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการรักษา	๗.๑๑	๑.๙๖	มาก
๑๙. ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยว่าเป็นอาการปวดชนิดใดและแนะนำยาที่เหมาะสมกับชนิดของอาการปวดดังกล่าวได้	๗.๑๑	๑.๘๙	มาก
๒๐. ประเมินภาวะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในเรื่องอาการปวด โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น pain score เป็นต้น	๗.๐๙	๑.๙๔	มาก
๒๑. ร่วมกับทีมในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการตอบสนองต่อการให้ยาและค้นหา DRPs ของทั้งผู้ป่วยและญาติได้	๗.๐๘	๑.๙๘	มาก
๒๒. ร่วมกับทีมในการสร้างและพัฒนา protocol ในการจัดการกับอาการปวด (Pain management)	๗.๐๐	๒.๐๕	มาก
๒๓. ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย	๖.๙๙	๑.๙๓	มาก
๒๔. แนะนำการใช้ยาเสริมฤทธิ์ (Adjuvant) หรือการใช้ยาร่วม (Co-analgesic) อื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันในการบรรเทาอาการปวดได้	๖.๙๙	๒.๐๔	มาก
๒๕. แนะนำขนาดการใช้ยาแก้ปวด M.O. ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีอาการปวดรุนแรงฉุกเฉิน (Pain crisis) ได้	๖.๙๘	๒.๐๙	มาก
๒๖. เข้าร่วมในการประชุมทีม (Team meeting) เมื่อมีการทำ Case conference	๖.๙๓	๑.๙๒	มาก

ตารางที่ ๒๐ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ รายข้อ (ต่อ)

ความคาดหวังของสมาชิกในทีมต่อบทบาทใน palliative care ของเภสัชกร	ระดับความสามารถ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
๒๗. ช่วยปรับตารางรับประทานยาและจัดทำแบบบันทึกความปวด (Pain diary) เพื่อติดตามการกินยาแก้ปวดของผู้ป่วย	๖.๘๖	๒.๑๘	มาก
๒๘. แนะนำขนาดและวิธีการใช้ยา Naloxone ในการต้านพิษ M.O. ในกรณีที่มีปริมาณยาที่สะสมพอกพูน (Stack dose) หรือกรณีที่ยาเกินขนาด (Overdose)	๖.๘๕	๒.๑๗	มาก
๒๙. ร่วมกับแพทย์และสมาชิกทีมในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (Round ward)	๖.๘๒	๒.๐๐	มาก
๓๐. ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย	๖.๗๔	๒.๐๓	มาก
๓๑. ประเมินภาวะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้	๖.๖๔	๒.๐๐	มาก
๓๒. ร่วมให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบางครั้งเภสัชกรอาจจะช่วยระบุทางเลือกในการรักษาด้วยยาที่มี cost-effective โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจ่ายค่ายา	๖.๕๔	๒.๑๒	มาก
๓๓. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่นๆในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยา เช่น Nebulizers, IV infusion pump, Tubing, Feed pumps และ Syringe ให้ยา เป็นต้น	๖.๕๓	๒.๐๘	มาก
๓๔. แนะนำการเริ่มยา Methadone ในผู้ป่วยที่มีการติดต่อยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids รวมถึงการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยจากการใช้ยาได้	๖.๔๗	๒.๒๓	มาก
๓๕. ช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักความผูกพัน ความสุขหรือความสำเร็จ แม้แต่ความทุกข์ในอดีตรวมถึงช่วยพูดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจขึ้น	๖.๔๔	๒.๑๑	มาก
๓๖. การปรับสูตรตำรับ การปรับรูปแบบยา รวมถึงการปรับวิธีในการบริหารยา เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอก ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย	๖.๔๓	๒.๓๘	มาก
๓๗. ร่วมกับทีมในการดูแลด้านจิตใจและช่วยเสริมกำลังใจ (Empower) ให้ญาติผู้ป่วยหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย	๖.๔๒	๒.๒๒	มาก
๓๘. ช่วยทีมในการติดตามระดับยาในเลือด การดูแลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้การรักษาด้วยยาของแพทย์	๖.๔๐	๒.๓๑	มาก
๓๙. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง (Terminal sedation) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาลักษณะนี้ได้	๖.๓๗	๒.๑๙	ปานกลาง
๔๐. ช่วยสมาชิกในทีมในการค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย (Unfinished business) ที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปล่อยวางได้และวางแผนร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาดังกล่าว	๖.๓๗	๒.๐๔	ปานกลาง
๔๑. เตรียมสูตรตำรับและผลิตภัณฑ์ที่เจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะรายให้ได้สูตรตำรับที่มีประสิทธิภาพ	๖.๓๕	๒.๔๔	ปานกลาง

ตารางที่ ๒๐ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ รายข้อ (ต่อ)

ความคาดหวังของสมาชิกในทีมต่อบทบาทใน palliative care ของเภสัชกร	ระดับความสามารถ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
๔๒. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาด้านสังคม (Social assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะทางสังคมของผู้ดูแล (Care giver) และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว	๖.๓๓	๒.๑๑	ปานกลาง
๔๓. ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธความตายรวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้	๖.๐๘	๒.๒๓	ปานกลาง
๔๔. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาในด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and Connectedness) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว	๖.๐๕	๒.๑๖	ปานกลาง
๔๕. ประเมินเรื่องความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมของผู้ป่วย เช่น ความต้องการการดูแลจากพระหรือบาทหลวง แล้วช่วยประสานกับสมาชิกในทีม	๖.๐๒	๒.๒๑	ปานกลาง
๔๖. ประเมินความหวังของผู้ป่วยและญาติโดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การขอพร ๓ ประการ (๓ wishes) เพื่อทราบถึงความคาดหวังต่อชีวิตของผู้ป่วย	๕.๙๒	๒.๒๒	ปานกลาง
โดยรวม	๖.๕๐	๑.๗๓	มาก

๔.๒.๓ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

ปัจจัยส่วนบุคคลถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความสามารถในการทำงาน palliative care ซึ่งในการทำงาน palliative care ก็เช่นกัน ปัจจัยส่วนบุคคลของเภสัชกรที่แตกต่างกันก็อาจมีผลต่อระดับความสามารถในการทำงาน palliative care จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรโดยมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสนใจ ได้แก่ เพศ อายุ อายุงานในสายงานโรงพยาบาล ระดับการศึกษา สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน งานประจำที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ลักษณะของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ไม่มีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในเชิงสถิติ ได้แก่ เพศ อายุงานในสายงานโรงพยาบาล งานประจำที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ลักษณะของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ดังตารางที่ ๒๑ ถึง ๒๗

ตารางที่ ๒๑ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามเพศที่ต่างกัน

ระดับความสามารถ	ประสบการณ์ในงาน palliative care	N	μ	σ	t	P
ด้านร่างกาย	ชาย	๑๐๖	๗.๒๔	๒.๗๐	๐.๑๔	.๘๙
	หญิง	๓๘๖	๗.๒๒		๐.๑๓	
	รวม	๔๙๒	๗.๒๒			
ด้านจิตใจ	ชาย	๑๐๖	๖.๑๘	๐.๓๘	-๐.๖๑	.๕๔
	หญิง	๓๘๖	๖.๓๒		-๐.๖๑	
	รวม	๔๙๒	๖.๒๙			
ด้านสังคม	ชาย	๑๐๖	๖.๒๔	๒.๕๑	-๑.๑๘	.๒๔
	หญิง	๓๘๖	๖.๔๙		-๑.๑๔	
	รวม	๔๙๒	๖.๔๔			
ด้านจิตวิญญาณ	ชาย	๑๐๖	๕.๘๖	๐.๑๒	-๑.๐๑	.๓๑
	หญิง	๓๘๖	๖.๑๐		-๐.๙๙	
	รวม	๔๙๒	๖.๐๕			
โดยรวม	ชาย	๑๐๖	๖.๓๘	๑.๖๗	-๐.๘๐	.๔๒
	หญิง	๓๘๖	๖.๕๓		-๐.๗๖	
	รวม	๔๙๒	๖.๕๐			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๒ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามอายุงานที่ทำงานในโรงพยาบาลที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	อายุงานในโรงพยาบาล	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๒.๓๗	๓	.๗๙	.๓๖	.๗๘
	ภายในกลุ่ม	๑๐๘๑.๖๔	๔๘๘	๒.๒๒		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๑๖.๓๒	๓	๕.๔๔	๑.๓๖	.๒๕
	ภายในกลุ่ม	๑๙๕๔.๙๘	๔๘๘	๔.๐๑		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๑๘.๕๒	๓	๖.๑๗	๑.๕๖	.๒๐
	ภายในกลุ่ม	๑๙๓๖.๘๔	๔๘๘	๓.๙๗		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๒๐.๖๓	๓	๖.๘๘	๑.๕๑	.๒๑
	ภายในกลุ่ม	๒๒๒๒.๖๓	๔๘๘	๔.๕๕		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			

ตารางที่ ๒๒ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามอายุงานที่ทำงานในโรงพยาบาลที่ต่างกัน (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	อายุงานในโรงพยาบาล	SS	df	MS	F	P
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๘.๓๐	๓	๒.๗๗	.๙๓	.๔๓
	ภายในกลุ่ม	๑๔๕๖.๘๖	๔๘๘	๒.๙๙		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๓ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและ รายด้านจำแนกตามงานประจำรับผิดชอบที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	งานประจำที่รับผิดชอบ	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๙.๔๗	๕	๑.๘๙	.๗๑	.๖๔
	ภายในกลุ่ม	๑๐๗๔.๕๓	๔๘๕	๒.๒๒		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๒๒.๗๑	๕	๓.๗๘	.๙๔	.๔๖
	ภายในกลุ่ม	๑๙๔๘.๖๐	๔๘๕	๔.๐๒		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๑๔.๖๔	๕	๒.๙๔	.๖๑	.๗๒
	ภายในกลุ่ม	๑๙๔๐.๗๒	๔๘๕	๔.๐๐		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๒๐.๑๕	๕	๓.๓๖	.๗๓	.๖๒
	ภายในกลุ่ม	๒๒๒๓.๑๑	๔๘๕	๔.๕๘		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๑๑.๖๙	๕	๑.๙๕	.๖๕	.๖๙
	ภายในกลุ่ม	๑๔๕๓.๔๖	๔๘๕	๓.๐๐		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๔ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care โดยรวม และรายด้านจำแนกตามประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ที่ต่างกัน

ระดับความสามารถ	เพศ	N	μ	σ	t	P
ด้านร่างกาย	เคย	๕๐	๗.๕๑	.๗๑	๑.๔๕	.๑๕
	ไม่เคย	๔๔๒	๗.๑๙			
	รวม	๔๙๒				
ด้านจิตใจ	เคย	๕๐	๖.๔๒	.๓๕	.๕๑	.๖๑
	ไม่เคย	๔๔๒	๖.๒๗			
	รวม	๔๙๒				
ด้านสังคม	เคย	๕๐	๖.๖๖	.๘๗	.๘๓	.๔๑
	ไม่เคย	๔๔๒	๖.๔๑			
	รวม	๔๙๒				
ด้านจิตวิญญาณ	เคย	๕๐	๖.๓๙	.๘๒	๑.๒๑	.๒๓
	ไม่เคย	๔๔๒	๖.๐๑			
	รวม	๔๙๒				
โดยรวม	เคย	๕๐	๖.๗๕	.๙๒	๑.๐๗	.๒๘
	ไม่เคย	๔๔๒	๖.๔๗			
	รวม	๔๙๒				

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๕ เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามลักษณะประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	ประสบการณ์ในงาน palliative care	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๑๘.๗๐	๔	๔.๖๗	๒.๑๔	.๐๘
	ภายในกลุ่ม	๑๐๖๕.๓๑	๔๘๗	๒.๑๙		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๑๐.๑๒	๔	๒.๕๓	.๖๓	.๖๔
	ภายในกลุ่ม	๑๙๖๑.๑๘	๔๘๗	๔.๐๓		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๒๒.๗๙	๔	๕.๗๐	๑.๔๔	.๒๒
	ภายในกลุ่ม	๑๙๓๒.๕๗	๔๘๗	๓.๙๗		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			

ตารางที่ ๒๕ เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามลักษณะประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน palliative care ที่ต่างกัน (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	ประสบการณ์ในงาน palliative care	SS	df	MS	F	P
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๑๕.๑๖	๔	๓.๗๙	.๘๓	.๕๑
	ภายในกลุ่ม	๒๒๒๘.๐๙	๔๘๗	๔.๕๘		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๑๕.๕๐	๔	๓.๘๗	๑.๓๐	.๒๗
	ภายในกลุ่ม	๑๔๔๙.๖๖	๔๘๗	๒.๙๘		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๖ เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ต่างกัน

ระดับความสามารถ	ประสบการณ์ดูแลญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	N	μ	σ	t	P
ด้านร่างกาย	เคย	๗๘	๗.๔๙	.๑๑	๑.๗	.๐๙
	ไม่เคย	๔๑๔	๗.๑๘			
	รวม	๔๙๒				
ด้านจิตใจ	เคย	๗๘	๖.๔๓	.๔๑	๖.๘	.๕๐
	ไม่เคย	๔๑๔	๖.๒๖			
	รวม	๔๙๒				
ด้านสังคม	เคย	๗๘	๖.๗๔	.๖๐	๑.๔๘	.๑๔
	ไม่เคย	๔๑๔	๖.๓๘			
	รวม	๔๙๒				
ด้านจิตวิญญาณ	เคย	๗๘	๖.๓๘	.๗๒	๑.๕๒	.๑๓
	ไม่เคย	๔๑๔	๕.๙๘			
	รวม	๔๙๒				
โดยรวม	เคย	๗๘	๖.๗๖	.๒๙	๑.๔๖	.๑๔
	ไม่เคย	๔๑๔	๖.๔๕			
	รวม	๔๙๒				

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๗ เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามระยะเวลาของประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	ระยะเวลาของประสบการณ์ดูแลญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๑๓.๖๒	๔	๓.๔๐	๑.๕๕	.๑๙
	ภายในกลุ่ม	๑๐๗๐.๓๙	๔๘๗	๒.๒๐		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๓.๐๖	๔	.๗๗	.๑๙	.๙๔
	ภายในกลุ่ม	๑๙๖๘.๒๔	๔๘๗	๔.๐๔		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๑๔.๕๘	๔	๓.๖๔	.๙๑	.๕๖
	ภายในกลุ่ม	๑๙๔๐.๗๘	๔๘๗	๓.๙๕		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๘.๒๘	๔	๒.๐๗	.๔๕	.๗๗
	ภายในกลุ่ม	๒๒๓๔.๙๖	๔๘๗	๔.๕๙		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๗.๑๐	๔	๑.๗๗	.๕๙	.๖๗
	ภายในกลุ่ม	๑๔๕๘.๐๖	๔๘๗	๒.๙๙		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในเชิงสถิติ ได้แก่ ปัจจัยเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน โดยมีผลการศึกษาดังนี้ ผลของปัจจัยเรื่องอายุ พบว่าระดับความสามารถโดยรวมเภสัชกรที่มีอายุในช่วงที่น้อยกว่า ๓๐ ปี จะมีระดับความสามารถที่มากที่สุด ($\bar{X} = ๖.๖๙$, $SD = ๑.๗๓$) และน้อยที่สุดคือเภสัชกรที่มีอายุในช่วงมากกว่า ๕๐ ปี ($\bar{X} = ๕.๙๕$, $SD = ๑.๙๕$) เมื่อแยกพิจารณารายด้านในด้านร่างกายเภสัชกรที่มีอายุในน้อยกว่า ๓๐ ปี ($\bar{X} = ๗.๑๗$, $SD = ๒.๑๔$) กับช่วง ๓๐-๔๐ ปี ($\bar{X} = ๗.๑๗$, $SD = ๒.๕๗$) จะมีค่าเฉลี่ยความสามารถมากที่สุดและช่วงอายุของเภสัชกรที่มีค่าเฉลี่ยความสามารถน้อยที่สุดคือช่วงที่มากกว่า ๕๐ ปี ($\bar{X} = ๖.๙๑$, $SD = ๑.๘๖$) สำหรับการดูแลด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณข้อมูลที่ได้ก็มีลักษณะเหมือนกันคือเภสัชกรที่มีอายุที่น้อยกว่า ๓๐ ปี จะมีค่าเฉลี่ยความสามารถมากที่สุดและช่วงอายุของเภสัชกรที่มีค่าเฉลี่ยความสามารถน้อยที่สุดคือช่วงอายุที่มากกว่า ๕๐ ปี ดังตารางที่ ๒๘ และพบว่าเภสัชกรที่มีอายุที่แตกต่างกันมีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ดังตารางที่ ๒๙ โดยเภสัชกรที่มีอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี ($\bar{X} = ๖.๓๘$, $SD = ๒.๐๙$) จะมีระดับความสามารถมากกว่ากลุ่มเภสัชกรที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี ($\bar{X} = ๕.๓๗$, $SD = ๒.๕๐$) ดังตารางที่ ๓๐

ตารางที่ ๒๘ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามอายุของเภสัชกร

ระดับความสามารถ	อายุของเภสัชกร	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	S.D.	\bar{X}
ด้านร่างกาย	น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๗๗	๒.๑๔	๙.๙๕	๑.๓๙	๗.๑๗
	๓๐-๔๐ ปี	๑๙๖	๒.๕๗	๙.๘๖	๑.๔๘	๗.๑๗
	๔๑-๕๐ ปี	๘๙	๒.๔๑	๙.๘๙	๑.๕๗	๗.๕๕
	มากกว่า ๕๐ ปี	๓๐	๑.๘๖	๙.๔๓	๑.๗๔	๖.๙๑
	รวม	๔๙๒	๑.๘๖	๙.๙๕	๑.๔๙	๗.๒๒
ด้านจิตใจ	น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๗๗	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๓	๖.๕๒
	๓๐-๔๐ ปี	๑๙๖	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๙๑	๖.๒๓
	๔๑-๕๐ ปี	๘๙	๑.๐๐	๙.๗๕	๒.๐๑	๖.๑๓
	มากกว่า ๕๐ ปี	๓๐	๑.๐๐	๙.๕๐	๒.๓๕	๕.๗๗
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๐	๖.๒๙
ด้านสังคม	น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๗๗	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๙๒	๖.๖๙
	๓๐-๔๐ ปี	๑๙๖	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๙๗	๖.๓๙
	๔๑-๕๐ ปี	๘๙	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๕	๖.๒๖
	มากกว่า ๕๐ ปี	๓๐	๑.๐๐	๙.๐๐	๒.๓๐	๕.๗๗
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๐	๖.๔๔
ด้านจิตวิญญาณ	น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๗๗	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๙	๖.๓๘
	๓๐-๔๐ ปี	๑๙๖	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๗	๕.๙๐
	๔๑-๕๐ ปี	๘๙	๑.๐๐	๙.๖๗	๒.๑๙	๕.๙๔
	มากกว่า ๕๐ ปี	๓๐	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๕๐	๕.๓๗
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๔	๖.๐๕
โดยรวม	น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๗๗	๑.๗๐	๙.๕๙	๑.๗๓	๖.๖๙
	๓๐-๔๐ ปี	๑๙๖	๑.๕๕	๙.๖๑	๑.๖๗	๖.๔๒
	๔๑-๕๐ ปี	๘๙	๑.๖๔	๙.๒๓	๑.๗๕	๖.๔๗
	มากกว่า ๕๐ ปี	๓๐	๒.๕๕	๙.๔๘	๑.๙๕	๕.๙๕
	รวม	๔๙๒	๑.๕๕	๙.๖๑	๑.๗๓	๖.๕๐

ตารางที่ ๒๙ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามเภสัชกรที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	อายุของเภสัชกร	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๑๓.๗๒	๓	๔.๕๗	๒.๐๙	.๑๐
	ภายในกลุ่ม	๑๐๗๐.๒๘	๔๘๘	๒.๑๙		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๒๐.๗๗	๓	๖.๙๒	๑.๗๓	.๑๖
	ภายในกลุ่ม	๑๙๕๐.๕๓	๔๘๘	๔.๐๐		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๒๘.๒๒	๓	๙.๔๑	๒.๓๘	.๐๗
	ภายในกลุ่ม	๑๙๒๗.๑๔	๔๘๘	๓.๙๕		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๓๘.๒๗	๓	๑๒.๗๖	๒.๘๒	.๐๔*
	ภายในกลุ่ม	๒๒๐๔.๙๙	๔๘๘	๔.๕๒		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๑๖.๖๕	๓	๕.๕๕	๑.๘๗	.๑๓
	ภายในกลุ่ม	๑๔๔๘.๕๐	๔๘๘	๒.๙๗		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๓๐ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

ช่วงอายุ	น้อยกว่า ๓๐ ปี	๓๐-๔๐ ปี	๔๑-๕๐ ปี	มากกว่า ๕๐ ปี
น้อยกว่า ๓๐ ปี	-			
๓๐-๔๐ ปี	๐.๑๔	-		
๔๑-๕๐ ปี	๐.๑๑	๐.๙๐	-	
มากกว่า ๕๐ ปี	๐.๐๒*	๐.๒๐	๐.๒๔	-

*p < ๐.๐๕

เมื่อพิจารณาผลของปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา พบว่าทั้งโดยรวมและรายด้านแทบทุกด้านของการดูแลระดับความสามารถของเภสัชกรจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น โดยเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี) จะมีระดับความสามารถน้อยที่สุด ตามมาด้วยเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี) ระดับปริญญาโท ระดับปริญญาเอก และผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับวุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรมจะมีระดับความสามารถที่มากที่สุด ดังตารางที่ ๓๑ และพบว่าเภสัชกรที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๐๐๑ ดังตารางที่ ๓๒ โดยเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

(หลักสูตร ๖ ปี) (\bar{X} = ๗.๕๑, SD = ๑.๕๗) ปริญญาโท (\bar{X} = ๗.๔๔, SD = ๑.๔๓) และวุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม (\bar{X} = ๙.๐๒, SD = ๐.๗๒) จะมีระดับความสามารถมากกว่าระดับปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี) (\bar{X} = ๗.๐๒, SD = ๑.๔๕) ดังตารางที่ ๓๓

ตารางที่ ๓๑ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน

ระดับ	ระดับการศึกษา	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	S.D.	\bar{X}
ความสามารถ	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	๒๘๕	๑.๘๖	๙.๘๙	๑.๔๕	๗.๐๒
	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	๙๕	๒.๕๗	๙.๘๕	๑.๕๗	๗.๕๑
	ปริญญาโท	๑๐๗	๒.๕๗	๙.๘๖	๑.๔๓	๗.๔๔
	ปริญญาเอก	๒	๗.๐๐	๙.๔๓	๑.๗๒	๘.๒๒
	วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม	๓	๘.๑๙	๙.๔๓	๐.๗๒	๙.๐๒
	รวม	๔๙๒	๑.๘๖	๙.๙๕	๑.๔๙	๗.๒๒
	ด้านจิตใจ	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	๒๘๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๗
ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)		๙๕	๑.๐๐	๙.๗๕	๑.๙๙	๖.๓๐
ปริญญาโท		๑๐๗	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๘๗	๖.๓๒
ปริญญาเอก		๒	๖.๐๐	๖.๗๕	๐.๕๓	๖.๓๘
วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม		๓	๕.๒๕	๙.๕๐	๒.๑๔	๗.๕๐
รวม		๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๐	๖.๒๙
ด้านสังคม		ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	๒๘๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๔
	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	๙๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๒	๖.๕๒
	ปริญญาโท	๑๐๗	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๘๗	๖.๕๑
	ปริญญาเอก	๒	๖.๐๐	๘.๐๐	๑.๔๑	๗.๐๐
	วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม	๓	๔.๐๐	๙.๐๐	๒.๖๕	๗.๐๐
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๐	๖.๔๔

ตารางที่ ๓๑ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน (ต่อ)

ระดับ	ระดับการศึกษา	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	S.D.	\bar{x}
ความสามารถ						
ด้านจิตวิญญาณ	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	๒๘๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๕	๖.๐๕
	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	๙๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๒	๖.๑๔
	ปริญญาโท	๑๐๗	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๔	๕.๘๘
	ปริญญาเอก	๒	๖.๐๐	๘.๐๐	๑.๔๑	๗.๐๐
	วุฒิปัตร์/อนุปัตร์ความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม	๓	๕.๖๗	๑๐.๐๐	๒.๑๗	๗.๘๙
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๔	๖.๐๕
โดยรวม						
ด้านจิตวิญญาณ	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	๒๘๕	๑.๕๕	๙.๖๑	๑.๗๕	๖.๔๓
	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	๙๕	๑.๗๐	๙.๕๙	๑.๗๗	๖.๖๒
	ปริญญาโท	๑๐๗	๒.๐๗	๙.๓๓	๑.๖๒	๖.๕๔
	ปริญญาเอก	๒	๖.๒๕	๘.๐๕	๑.๒๗	๗.๑๕
	วุฒิปัตร์/อนุปัตร์ความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม	๓	๕.๗๘	๙.๔๘	๑.๘๙	๗.๘๕
	รวม	๔๙๒	๑.๕๕	๙.๖๑	๑.๗๓	๖.๕๐

ตารางที่ ๓๒ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	ระดับการศึกษา	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๓๖.๑๒	๔	๙.๐๓	๔.๒๐	< ๐.๐๐๐๑ *
	ภายในกลุ่ม	๑๐๔๗.๘๘	๔๘๗	๒.๑๕		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๔.๘๗	๔	๑.๒๒	๐.๓๐	.๘๘
	ภายในกลุ่ม	๑๙๖๖.๔๓	๔๘๗	๔.๐๔		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๓.๙๕	๔	.๙๙	.๒๕	.๙๑
	ภายในกลุ่ม	๑๙๕๑.๔๑	๔๘๗	๔.๐๑		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๑๕.๕๘	๔	๓.๙๐	.๘๕	.๔๙
	ภายในกลุ่ม	๒๒๒๗.๖๗	๔๘๗	๔.๕๗		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			

ตารางที่ ๓๒ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	ระดับการศึกษา	SS	df	MS	F	P
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๙.๓๕	๔	๒.๓๔	.๗๘	.๕๔
	ภายในกลุ่ม	๑๔๕๕.๘๐	๔๘๗	๒.๙๙		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๓๓ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านร่างกายของเภสัชกรระหว่างกลุ่มการศึกษาที่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)	ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	ปริญญาโท	ปริญญาเอก	วุฒิปัตร์/อนุมัติ บัตรความ เชี่ยวชาญวิชาชีพ เภสัชกรรม
ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)					
ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)	๐.๐๑*	-			
ปริญญาโท	๐.๐๑*	๐.๗๒			
ปริญญาเอก	๐.๒๕	๐.๕๓	๐.๔๕	-	
วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตรความ เชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรม	๐.๐๒*	๐.๑๐	๐.๐๖	๐.๖๓	-

*p < ๐.๐๕

เมื่อพิจารณาผลของปัจจัยเรื่องสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน พบว่าระดับความสามารถโดยรวมเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม/สำนักงานตำรวจแห่งชาติจะมีระดับความสามารถที่มากที่สุด ($\bar{X} = ๖.๗๔$, $SD = ๑.๗๓$) และน้อยที่สุดคือเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ($\bar{X} = ๖.๒๓$, $SD = ๑.๘๔$) เมื่อแยกพิจารณารายด้านในการดูแลด้านร่างกายเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{X} = ๗.๓๙$, $SD = ๑.๔๔$) จะมีระดับความสามารถที่มากที่สุดและน้อยที่สุดคือสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ($\bar{X} = ๖.๘๙$, $SD = ๑.๕๖$) สำหรับการดูแลด้านจิตใจพบว่าเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ($\bar{X} = ๖.๔๖$, $SD = ๑.๔๘$) มีระดับความสามารถที่มากที่สุดและน้อยที่สุดคือสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ($\bar{X} = ๖.๐๕$, $SD = ๒.๑๕$) ส่วนการดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณพบว่าลักษณะข้อมูลเหมือนกันคือเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม/สำนักงานตำรวจแห่งชาติมีระดับความสามารถที่มากที่สุดและน้อยที่สุดคือสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ดังตารางที่ ๓๔ และพบว่าเภสัชกรที่ทำงานโรงพยาบาลในสังกัดที่ต่างกันมีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ดังตารางที่ ๓๕ โดยเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{X} = ๗.๓๙$, $SD = ๑.๔๔$) จะมีระดับความสามารถมากกว่าเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ($\bar{X} = ๖.๘๙$, $SD = ๑.๕๖$) ดังตารางที่ ๓๖

ตารางที่ ๓๔ ระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care จำแนกตาม
สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่ต่างกัน

ระดับความสามารถ	สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	S.D.	\bar{x}
ด้านร่างกาย	กระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖	๒.๑๔	๙.๘๙	๑.๔๔	๗.๓๙
	กระทรวงศึกษาธิการ	๑๔๓	๒.๔๑	๙.๘๑	๑.๕๖	๖.๘๙
	กรุงเทพมหานคร	๒๘	๑.๘๖	๙.๙๕	๑.๔๙	๗.๑๓
	กระทรวงกลาโหม/ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔๕	๓.๑๖	๙.๗๖	๑.๓๘	๗.๓๓
	รวม	๔๙๒	๑.๘๖	๙.๙๕	๑.๔๙	๗.๒๒
ด้านจิตใจ	กระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๙๖	๖.๓๗
	กระทรวงศึกษาธิการ	๑๔๓	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๕	๖.๐๕
	กรุงเทพมหานคร	๒๘	๓.๐๐	๙.๒๕	๑.๔๘	๖.๔๖
	กระทรวงกลาโหม/ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๗	๖.๔๓
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๐	๖.๒๙
ด้านสังคม	กระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๑	๖.๔๔
	กระทรวงศึกษาธิการ	๑๔๓	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๓	๖.๒๗
	กรุงเทพมหานคร	๒๘	๒.๐๐	๙.๐๐	๑.๗๔	๖.๕๔
	กระทรวงกลาโหม/ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๙๓	๖.๘๗
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๐	๖.๔๔
ด้านจิตวิญญาณ	กระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๐๘	๖.๑๖
	กระทรวงศึกษาธิการ	๑๔๓	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๒๗	๕.๗๒
	กรุงเทพมหานคร	๒๘	๑.๐๐	๙.๐๐	๑.๘๙	๖.๒๑
	กระทรวงกลาโหม/ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔๕	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๔	๖.๓๑
	รวม	๔๙๒	๑.๐๐	๑๐.๐๐	๒.๑๔	๖.๐๕
โดยรวม	กระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖	๑.๗๒	๙.๖๑	๑.๖๙	๖.๕๙
	กระทรวงศึกษาธิการ	๑๔๓	๑.๖๔	๙.๔๘	๑.๘๔	๖.๒๓
	กรุงเทพมหานคร	๒๘	๒.๕๕	๙.๒๔	๑.๔๔	๖.๕๙
	กระทรวงกลาโหม/ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔๕	๑.๕๕	๙.๕๙	๑.๗๓	๖.๗๔
	รวม	๔๙๒	๑.๕๕	๙.๖๑	๑.๗๓	๖.๕๐

ตารางที่ ๓๕ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยรวมและรายด้านจำแนกตามสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	สังกัดโรงพยาบาล	SS	df	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	๒๓.๙๕	๓	๗.๙๘	๓.๖๗	.๐๑*
	ภายในกลุ่ม	๑๐๖๐.๐๕	๔๘๘	๒.๑๗		
	รวม	๑๐๘๔.๐๐	๔๙๑			
ด้านจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	๑๑.๖๗	๓	๓.๘๙	.๙๗	.๔๑
	ภายในกลุ่ม	๑๙๕๙.๖๔	๔๘๘	๔.๐๒		
	รวม	๑๙๗๑.๓๐	๔๙๑			
ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	๑๒.๕๕	๓	๔.๑๕	๑.๐๔	.๓๗
	ภายในกลุ่ม	๑๙๔๒.๙๑	๔๘๘	๓.๙๘		
	รวม	๑๙๕๕.๓๖	๔๙๑			
ด้านจิตวิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	๒๒.๗๕	๓	๗.๕๘	๑.๖๗	.๑๗
	ภายในกลุ่ม	๒๒๒๐.๕๑	๔๘๘	๔.๕๕		
	รวม	๒๒๔๓.๒๖	๔๙๑			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	๑๕.๐๗	๓	๕.๐๒	๑.๖๙	.๑๗
	ภายในกลุ่ม	๑๔๕๐.๐๘	๔๘๘	๒.๙๗		
	รวม	๑๔๖๕.๑๖	๔๙๑			

*p < ๐.๐๕

ตารางที่ ๓๖ เปรียบเทียบระดับความสามารถของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ระหว่างกลุ่มที่มีสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่แตกต่างกัน

สังกัดโรงพยาบาล	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงศึกษาธิการ	กรุงเทพมหานคร	กระทรวงกลาโหม/สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข	-			
กระทรวงศึกษาธิการ	< ๐.๐๐๐๑ *	-		
กรุงเทพมหานคร	๐.๓๗	๐.๔๖	-	
กระทรวงกลาโหม/สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๐.๘๐	๐.๐๘	๐.๕๖	-

*p < ๐.๐๕

๔.๒.๔ คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีม palliative care

จากการสอบถามเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามถึงเรื่องคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรที่เชื่อว่ามีมีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีม palliative care ก็พบว่าเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่ององค์ความรู้ (Knowledge) ในเรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวดมากที่สุด (ร้อยละ ๑๒.๑๓) รองลงมาคือต้องเป็นคนที่มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม (Team work) (ร้อยละ ๑๑.๙๑) และควรเป็นคนที่มีความรู้ทักษะ (Skill) ในการให้คำปรึกษา (Counseling) และการสื่อสารที่ดี (ร้อยละ ๑๑.๗๘) ตามลำดับ ส่วนคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่ามีมีความสำคัญน้อยที่สุดก็คือเรื่องการเป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมชาติ (ร้อยละ ๕.๒๒) รวมไปถึงการเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการทำงาน palliative care (ร้อยละ ๖.๖๓) โดยมีรายละเอียดเรียงลำดับตามความสำคัญดังตารางที่ ๓๗

ตารางที่ ๓๗ คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีม palliative care

คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงาน palliative care	จำนวนที่เลือกตอบ (ครั้ง)	ร้อยละ
มีองค์ความรู้ (Competency) เรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวดที่ดี	๔๔๑	๑๒.๑๓
มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม (Team work)	๔๓๓	๑๑.๙๑
มีทักษะ (Skill) ในการให้คำปรึกษา (Counseling) และการสื่อสารที่ดี	๔๒๘	๑๑.๗๘
มีความสนใจและมีใจรักที่จะทำงาน palliative care อย่างจริงจัง	๓๙๖	๑๐.๙
เป็นผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเสริมกำลังใจ (Empower) ผู้ป่วยได้ดี	๓๙๒	๑๐.๗๘
เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับอารมณ์ของตนเองจากการพบเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยได้เร็ว	๓๑๖	๘.๖๙
เป็นผู้ที่สามารถอุทิศเวลาส่วนตนให้กับงานได้	๒๗๘	๗.๖๕
เป็นผู้ที่สู้งานและทนต่อความกดดันในการทำงานได้ดี	๒๗๔	๗.๕๔
เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านจิตวิทยา	๒๗๑	๗.๔๕
เคยมีประสบการณ์ในการทำงาน palliative care	๒๔๑	๖.๖๓
เป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมชาติ เช่น เรื่องอิทธิบาท ๔ เรื่องกฎไตรลักษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจจิตใจผู้ป่วยดี	๑๙๐	๕.๒๒
รวม	๓,๖๓๓	๑๐๐

๔.๒.๕ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม

เภสัชกรส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะต่องาน palliative care ว่าเป็นงานที่ดีมีคุณค่าต่อ การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและก็เป็นงานที่น่าสนใจ รวมถึงเชื่อมั่นว่าเภสัชกรจะ สามารถเข้าไปช่วยเหลือการทำงานของทีม palliative care ได้เป็นอย่างดี แต่มีสิ่งที่เป็นปัญหาหลัก ในการทำงานที่เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามให้ความเห็นไว้คือ ภาระงานของเภสัชกรที่มากทำให้มี อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอในการเข้าร่วมงานดังกล่าวจึงส่งผลให้ขาดโอกาสในการทำงานนี้

“งาน palliative care เป็นงานที่ดีน่าสนใจและค่อนข้างมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ แต่ประเด็นหลักที่อาจทำให้เภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่ค่อยได้เข้าร่วมในทีมคือ ภาระงานที่เป็นงานหลักค่อนข้างมากทำให้ไม่ค่อยมีเวลาไปทำงานในส่วนของ palliative care”

“งานนี้เป็นงานที่น่าสนใจมากถ้ามีเวลาว่างเพียงพอก็น่าทำ เพราะเชื่อว่าจากจุดเด่นของ เภสัชในเรื่องเป็นวิชาชีพที่มีส่วนในการจัดหายาและเวชภัณฑ์และเป็นวิชาชีพที่มีส่วนในการควบคุม นโยบายในการใช้ยาเสพติดจึงน่าจะช่วยการทำงานของทีมได้”

“ปัญหาของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีม palliative care คือการเข้าถึงข้อมูลและ ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีต เนื่องจากเภสัชกรมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบมากทำให้มีโอกาส ลงพื้นที่พบผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดน้อยทำให้ไม่สามารถติดตามเรื่องปัญหาที่เกิดจากยาอย่าง ต่อเนื่อง”

“ปัญหาขาดแคลนบุคลากรเป็นปัญหาสำคัญต่อการทำงานนี้ของเภสัชกร แต่ถ้ามี อัตรากำลังที่เพียงพอเชื่อว่าวิชาชีพเภสัชกรรมน่าจะเสริมให้การทำงานของทีมมีประสิทธิภาพได้”

โดยเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามได้มีข้อเสนอแนะต่อคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัช กรที่จะเข้ามาทำงานดังกล่าว ว่าควรเป็นผู้ที่มีความรู้ (Knowledge) ซึ่งได้แก่ ความรู้เชิงลึกที่เกี่ยวกับ ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care รวมไปถึงทักษะความรู้ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ ทำงาน palliative care และทักษะในการทำงานเป็นทีมกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและสมาชิกในทีมสห สาขาวิชาชีพ และนอกเหนือจากเรื่องขององค์ความรู้ (Knowledge) แล้ว เภสัชกรที่จะเข้ามาทำงาน นี้ควรมีความสนใจในงานและมีจิตใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์อันจะทำให้ การทำงาน palliative care ออกมาได้ดี

“เภสัชกรควรมีความรู้เรื่องยาในกลุ่มผู้ป่วย palliative care อย่างลึกซึ้งและมีความสามารถในการทำงานเป็นทีมที่ดี”

“เภสัชกรที่สนใจงานนี้ควรต้องมีความรู้รอบตัวที่มากกว่าความรู้เรื่องยาเพียงอย่างเดียว ต้องใช้ความตั้งใจ ความอดทน และอยู่ร่วมกับทีมให้ได้ (learning by doing)”

“เภสัชกรควรมีความเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วย สามารถทำงานเป็นทีม ควรพูดคุยกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกับทีมเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน”

“เภสัชกรควรมีทักษะการบูรณาการที่ดีเพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม มีความสามารถในการสื่อสาร และมีจิตใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์”

“เภสัชกรที่จะทำงานนี้ต้องมีใจรักด้านนี้ มีจิตใจที่เห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ ต้องเป็นคนที่มีจิตใจเข้มแข็งไม่รู้สึกหดหู่ร่วมกับผู้ป่วย ต้องมีความรู้เรื่อง pain management”

จากข้อจำกัดและคุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการทำงาน palliative care แก่เภสัชกรโดยตรง ให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน และในเชิงนโยบายควรมีการจัดสรรอัตรากำลังของเภสัชกรและเปิดโอกาสให้เภสัชกรที่มีความรู้จากการฝึกอบรมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับทีม palliative care ให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มรูปแบบอันจะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมและเกิดเป็นต้นแบบ (model) ของการเข้าไปมีส่วนร่วมในทีม palliative care ของเภสัชกร ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้และเป็นตัวอย่างในการทำงานของแต่ละโรงพยาบาล

“ควรมีการจัดอบรมโดยจัดเป็นหลักสูตรความรู้พื้นฐานในเภสัชศาสตร์บัณฑิต รวมถึงยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่สามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติเมื่อทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจริง”

“หากมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการทำงาน palliative care สำหรับเภสัชกรที่มากกว่านี้จะเป็นประโยชน์ในการทำงานอย่างยิ่ง”

“ต้องมีการให้ความรู้แก่เภสัชกรที่สนใจทำงานทางด้านนี้อย่างเป็นระบบ แต่จากภาระงานของเภสัชกรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีมากอาจทำให้มีเวลาน้อยในการเข้าร่วมทีมดังนั้นต้องจัดเป็นหน้าที่ที่ชัดเจนเพื่อให้มีเวลาในการปฏิบัติหน้าที่”

“เภสัชกรต้องมีความรู้ด้านยาที่ถูกต้องเพียงพอในการให้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และหัวหน้างานต้องเข้าใจบทบาทของเภสัชกรในงานและให้โอกาสทำงานที่นอกเหนือจากงานประจำ”

“ต้องการเห็นคลินิก palliative care ที่มีเภสัชกรเข้าไปร่วมดูแลและได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพเป็น model ที่สามารถนำมาเป็นตัวอย่างในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดตั้งคลินิกในที่ต่าง ๆ ได้และมีเป้าหมาย (goal) ที่ตรงกัน”

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพนี้มีผลการศึกษาแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ โดยระยะที่ ๑ จากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ (Interview) สมาชิกที่อยู่ในทีม palliative care จนได้มาซึ่งบทบาทที่ทีมคาดหวังต่อการทำงาน palliative care ของเภสัชกรแล้วนำบทบาทงานที่ได้ไปใช้ในการศึกษาระยะที่ ๒ ซึ่งทำการเก็บข้อมูลระดับความสามารถในการตอบสนองต่อบทบาทที่ทีมคาดหวังจากเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิด้วยแบบสอบถาม โดยสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ ๑

ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกในทีม palliative care มีจำนวนทั้งสิ้น ๘ คน โดยประกอบด้วย แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ วิชาชีพละ ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน และนักจิตวิทยา ๑ คน เป็นเพศหญิงจำนวน ๖ คนและเพศชาย ๒ คน มีอายุระหว่าง ๓๓ - ๕๒ ปี อายุงานในการทำงานร่วมกับทีม palliative care อยู่ในช่วง ๒ - ๑๐ ปี และมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน ๕ คนที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดด้วยการดูแลรูปแบบ palliative care มาก่อน ซึ่งจุดเริ่มต้นในการเข้ามาทำงานนี้ของสมาชิกในทีมส่วนใหญ่ (จำนวน ๕ คน) เริ่มมาจากความสมัครใจและมีความสนใจในงานนี้มาก่อน

สำหรับสถานการณ์งาน palliative care ของประเทศไทยในปัจจุบัน สมาชิกในทีมต่างระบุว่ามีการให้ความสำคัญในงานนี้ที่มากขึ้นจากแต่ก่อน แต่ก็ยังถือว่ามีการให้ความสำคัญที่น้อยเมื่อเทียบกับในต่างประเทศ แต่หากกล่าวถึงหลักการการทำงานจะพบว่าสมาชิกในทีม palliative care ทั้ง ๒ ทีมต่างมีความเข้าใจในนิยามและหลักการการทำงานเป็นอย่างดีโดยพบว่าส่วนใหญ่ยึดหลักการการทำงานตามหลักของ WHO คือเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกมิติไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบได้ โดยมีสมาชิกในทีมจำนวน ๗ คนที่ระบุว่าควรมีเภสัชกรเป็นหนึ่งในสมาชิกของและทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก (Worker) ซึ่งมีด้านการดูแลที่สมาชิกในทีมเห็นว่าเภสัชกรจะสามารถเข้ามาช่วยเหลือทีมได้มากที่สุดก็คือ การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย (Physical care) โดยมีบทบาทหลักคืองานที่เกี่ยวกับงานบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ทั่วไป รวมถึงงานในการจัดการเรื่องอาการปวด (Pain management)

โดยบทบาทงานของเภสัชกร ๓ อันดับแรกที่สมาชิกในทีมให้ความสำคัญคือ ๑.การดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยขณะที่นอนที่โรงพยาบาล (Admit) และก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน (Discharge)

๒.การสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ทั้งแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลบุคลากรทาง การแพทย์รวมถึงสมาชิกในทีม palliative care เอง ๓.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับทีมเยี่ยมบ้าน และมีคุณลักษณะที่สมาชิกในทีมคาดหวังจากเภสัชกรที่จะเข้ามาร่วมงานมากที่สุดในเรื่อง ทักษะคติ (Attitude) ในการทำงานที่ดี (ความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ๔ คน) รองลงมาคือเรื่องของการทำงานเป็น ทีม (ความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ๓ คน) และคุณลักษณะที่สมาชิกในทีมให้ความสำคัญน้อยที่สุดก็คือ เรื่องขององค์ความรู้ (Knowledge) (ความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ๑ คน)

ผลการศึกษาระยะที่ ๒

ผลการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน ๘๕๘ ฉบับ ได้รับการตอบกลับ ๔๙๒ ฉบับ (ร้อยละ ๕๗) เภสัชกรที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๗๘.๔๖) มีอายุเฉลี่ยอยู่ใน ช่วง ๓๐ - ๔๐ ปี (ร้อยละ ๓๙.๘๔) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตร ๕ ปี (ร้อยละ ๕๗.๙๓) ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ ๕๖.๑๐) มีประสบการณ์ ทำงานในสายงานโรงพยาบาลในช่วง ๐ - ๑๐ ปี (ร้อยละ ๕๔.๘๘) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในส่วนของ งานบริการผู้ป่วยนอก (ร้อยละ ๔๐.๘๕) โดยมีเภสัชกรเพียงร้อยละ ๑๐.๑๖ ที่เคยมีประสบการณ์ ทำงานที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care มาบ้าง แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๔๔) ก็เป็นแค่เพียง ประสบการณ์ที่เคยผ่านการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care แต่ยังไม่เคย ปฏิบัติงานดังกล่าวมาก่อน และเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๔.๑๕) ต่างก็ไม่เคยมี ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมาก่อน

สำหรับความรู้ความเข้าใจต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care พบว่าเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้นิยามความหมายและรูปแบบการทำงานว่าเป็น การดูแลที่ให้ความสำคัญระหว่างการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (ร้อยละ ๒๓.๖๔) และเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ ๒๓.๐๗) แต่จะมีหัวข้อความเข้าใจในเชิงลบที่มีเภสัชกร ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบมากที่สุดคือ เข้าใจว่าการดูแลรูปแบบนี้เป็น การดูแลที่จะเริ่มให้เมื่อ ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ ๔๘.๒๘) เมื่อกล่าวถึงความจำเป็นของเภสัชกรต่อการ ทำงานในทีม palliative care ก็พบว่า เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๘.๗๘) ระบุ ว่ามีความจำเป็นแต่ส่วนใหญ่ให้ระดับความจำเป็นในระดับที่ปรึกษาในเวลาที่มีทีมต้องการ (Consultant) (ร้อยละ ๓๙.๖๓) และมีเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ ๖๗.๐๗ ที่มีความมั่นใจใน การเข้าร่วมงานกับทีมโดยให้เหตุผลในเรื่องจุดเด่นของวิชาชีพเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการ ค้นหาค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) (ร้อยละ ๓๖.๘๒) และการเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ด้านยาที่ดีโดยเฉพาะยาแก้ปวด (ร้อยละ ๓๓.๕๙) สำหรับเภสัชกรที่ระบุว่าไม่มั่นใจในการเข้าร่วมทีม ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในเรื่องการขาดองค์ความรู้ (ร้อยละ ๒๓.๓๕) และขาดประสบการณ์ (ร้อยละ ๒๒.๗๕) ในงานดังกล่าว

เรื่องความสามารถในการทำงาน palliative care ของเภสัชกรตามบทบาทความ คาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นพบว่า ระดับความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๖.๕๐$, $SD = ๑.๗๓$) และเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าด้านการดูแลที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองมีระดับ

ความสามารถอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = ๗.๒๒$, $SD = ๑.๔๙$) ส่วนด้านการดูแลที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านสังคม ($\bar{X} = ๖.๔๔$, $SD = ๒.๐๐$) และด้านการดูแลที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = ๖.๒๙$, $SD = ๒.๐๐$) และด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = ๖.๐๕$, $SD = ๒.๑๔$) โดยด้านการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยความสามารถสูงสุดคือ ด้านร่างกายและด้านการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถต่ำที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่ากลุ่มบทบาทงานที่เกี่ยวข้องกับงานบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) จะเป็นกลุ่มบทบาทงานที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มบทบาทงานเรื่องยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบ palliative care และกลุ่มบทบาทงานที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองน่าจะมีความสามารถน้อยที่สุดก็คืองานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีผลต่อระดับความสามารถในการทำงานของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามบทบาทความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า มี ๓ ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณ และระดับการศึกษากับสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ส่วนคุณลักษณะที่เภสัชกรเห็นว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของเภสัชกรในการเข้าร่วมทีมก็คือ เรื่องขององค์ความรู้ (Knowledge) ในเรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด (ร้อยละ ๑๒.๑๓) รองลงมาคือต้องเป็นคนที่มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม (Team work) (ร้อยละ ๑๑.๙๑)

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาทั้ง ๒ ระยะ ผู้วิจัยได้ข้อสรุปของงานวิจัยและเป็นข้อสรุปความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในประเด็นดังต่อไปนี้

๑. Palliative care เมืองไทย...ภายใต้บริบทที่แตกต่าง

ปัจจุบันทุกประเทศต่างให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ palliative care ซึ่งสำหรับประเทศไทยปัจจุบันก็พบว่าได้มีการให้ความสำคัญกับงานนี้ที่มากขึ้นเช่นกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในรูปแบบนี้ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [๓, ๑๒] รวมถึงการมีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในยุคปฏิรูปที่เร่งรัดสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาหน่วยดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Palliative care unit) ขึ้นในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง [๖๕] แต่หากเปรียบเทียบการให้ความสำคัญในงานนี้กับต่างประเทศก็ต้องถือว่าประเทศไทยยังมีการให้ความสำคัญกับงานนี้ในระดับที่น้อยอยู่จนมีผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้บางคนกล่าวว่า “งานนี้ในประเทศไทยถือว่ายังให้ความสำคัญน้อยมากเมื่อเทียบกับในต่างประเทศ ซึ่งใช้การดูแลในรูปแบบนี้เป็นปกติ (Routine) กับผู้ป่วยทุกราย” ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจก็พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศ

ที่มีการบริการด้าน palliative care เฉพาะในบางพื้นที่ คือยังไม่มีบริการบูรณาการด้านนี้ในระบบบริการสุขภาพโดยรวม ทั้งยังมีข้อจำกัดทั้งด้านพื้นที่การให้บริการ งบประมาณและการฝึกอบรมบุคลากร [๖๖] และอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้งาน palliative care ของประเทศไทยยังได้รับความสำคัญที่น้อยอาจเป็นผลมาจากการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids โดยเฉพาะยา Morphine ซึ่งเป็นปัญหาของประเทศเพราะยาถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษจึงทำให้เข้าถึงได้ยาก ทั้งที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้การเข้าถึงยาเป็น ๑ ใน ๔ กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ palliative care [๖๗]

นอกจากนี้ข้อมูลการศึกษานี้ยังพบว่า การเกิดขึ้นของงาน palliative care ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะพบในหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ซึ่งก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากการผลักดันของนโยบายและผลจากการแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) ที่มุ่งเน้นการรักษาแบบ curative care จนทำให้ผู้ป่วยถูกส่งตัวเข้ามาয়โรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยจนกว่าการรักษาแบบ curative care จะหมดหวังผู้ป่วยจึงจะถูกนำกลับเข้าสู่การดูแลแบบ palliative care ซึ่งต่างจากในต่างประเทศที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ชุมชนในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) จนมีการสร้าง Hospice ขึ้นมากมายตามชุมชน [๖] ส่วนประเทศไทยแม้จะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ก็ยังมีความไม่สะดวกบางประการ เช่น การแจ้งเสียชีวิต การชันสูตรศพในกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การขาดผู้ดูแล (Care giver) หลัก โดยเฉพาะในสังคมเมืองจึงเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระดับ ปฐมภูมิ (Primary care) และเป็นปัญหาในการสร้างสถานพยาบาลที่บ้าน (Hospice) ของประเทศไทย [๖๘] จากปัญหานี้ก็นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่เพิ่มมากขึ้น [๘] และยิ่งส่งผลสำคัญต่อเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงโอกาสที่จะได้พบกับการตายที่ดี (Good death) ที่ลดลงด้วย จากจุดนี้จึงอาจเป็นที่มาที่ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นแค่ประเทศที่กำลังพัฒนาในการดูแลแบบ palliative care [๖๖]

ส่วนสัญญาณที่ดีในงาน palliative care ของประเทศไทยที่พบจากการศึกษานี้ก็คือการที่ทั้งสมาชิกในทีมและเภสัชกรมีการรับรู้ต่อนิยามความหมายและหลักการทำงาน palliative care ที่ตรงกันคือต่างระบุว่าเป็นการดูแลที่เน้นการทำงานด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) อันประกอบด้วย การดูแลในมิติด้านร่างกาย เช่น การจัดการอาการปวด (Pain management) และการจัดการอาการอื่น ๆ (Symptom management) ของผู้ป่วย การดูแลในมิติด้านจิตใจ เช่น การช่วยค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจ (Business unfinished) และช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวาง รวมไปถึงการช่วยแก้ปัญหาในมิติด้านสังคมและจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายในการดูแลคือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดภายใต้ความต้องการของผู้ป่วยเอง (Patient center) ซึ่งในการทำงานสมาชิกในทีมแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่เฉพาะตามความถนัดของวิชาชีพและมีบทบาทหน้าที่ร่วมที่สมาชิกทุกคนต้องทำได้บนฐานแนวคิดของการดูแลแบบ palliative care ซึ่งจากข้อมูลก็ถือว่าเป็นความเข้าใจที่ตรงตามหลักการ palliative care ของ WHO [๑๓] นั้นแสดงว่าสมาชิกในทีม palliative care ของประเทศไทยต่างรับรู้ต่อนิยามความหมายและหลักการทำงานได้เป็นอย่างดีจึงถือเป็นจุดร่วมที่ดีที่จะส่งให้เกิดผลของ

งานที่ดีด้วย เนื่องจากการรับรู้ในงานและหลักการทำงาน palliative care ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการทำงานนี้ [๒๙] เมื่อพิจารณาประกอบกับข้อมูลแรงจูงใจของสมาชิกในทีมที่ส่วนใหญ่ระบุว่าเป็นการทำงานเพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและจากไปอย่างสงบ ซึ่งก็เป็นข้อมูลที่ตรงกับหลักการของงาน palliative care นั้นจึงทำให้มั่นใจได้ว่านอกจากงานที่ได้จะออกมาดีแล้วยังจะได้งานที่มีความยั่งยืนเพราะเป็นงานที่ทำมาจากแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติ ส่วนจุดต่างจากต่างประเทศในเรื่องของบริบทการรักษาที่มักจะมีการส่งผู้ป่วยเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่มากกว่าการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในชุมชนก็ไม่ใช่เรื่องที่ผิดเนื่องจากเป็นเพียงแค่บริบทที่แตกต่างของแต่ละประเทศและสามารถเติมเต็มเต็มการทำงานให้สมบูรณ์ได้ด้วยการเชื่อมโยงการดูแลด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) คือการจัดระบบสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network)” ที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลทั้งระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ทุติยภูมิ (Secondary care) และปฐมภูมิ (Primary care) เข้าด้วยกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care)

๒. ประสบการณ์...กุญแจสำคัญแห่งงาน palliative care

จากข้อมูลความเป็นมาในการเข้าร่วมงาน palliative care ของสมาชิกในทีมที่พบว่าส่วนใหญ่ (จำนวน ๕ คน) จะเริ่มต้นมาจากความสมัครใจเพราะมีความสนใจในงานนี้เป็นทุนเดิมและก็มักจะมีปมหลังมาจากการที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมาก่อนไม่ว่าจะในฐานะบุคลากรทางการแพทย์หรือในฐานะของญาติหรือคนใกล้ชิด ซึ่งในการศึกษานี้ก็คือกลุ่มทีมที่ทำหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก (Medical care team) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ดึงข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ ๑ ที่สมาชิกในทีมให้ข้อมูลว่าแพทย์ได้เจอกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็งอยู่เป็นประจำ หรือการที่พยาบาลได้พบเจอผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในเวรตนเองอยู่ประจำ เมื่อเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความต้องการที่อยากหาทางออกในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือแม้แต่กลุ่มที่เป็นกลุ่มสนับสนุนการดูแลด้านอื่น ๆ (Supportive care team) ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยาซึ่งไม่ได้มีความสนใจในงานนี้มาก่อนแต่ทั้งหมดทุกคนในกลุ่มนี้ก็ระบุว่าเมื่อได้เข้ามาร่วมทีมและได้ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็จะเริ่มเกิดความสนใจในงานตามมา จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าจะมีปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการผลักดัน (Drive) คนให้เข้ามามีส่วนร่วมในทีม palliative care นั่นก็คือเรื่องของประสบการณ์ (Experience) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิด เนื่องจากประสบการณ์เหล่านั้นจะก่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในความทุกข์ของผู้ป่วย จนเกิดเป็นแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้อยากเข้ามาร่วมทำงานดังกล่าว ซึ่งสมาชิกในทีมก็ให้ข้อมูลว่าเป็นประสบการณ์ที่มักจะเกิดขึ้นกับแพทย์และพยาบาลที่มีโอกาสได้ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ขณะที่เภสัชกรจะมีประสบการณ์ตรงจุดนั้นน้อยมากทั้งในเชิงของการทำงานและเชิงของประสบการณ์ชีวิต ดึงข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ ๒ ที่พบว่ามีเภสัชกรเพียงร้อยละ ๑๕.๘ ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และก็มีเภสัชกรเพียงร้อยละ ๑๐ ที่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในรูปแบบ palliative care มาก่อน อีกทั้งในจำนวนของคนที่เคยมีประสบการณ์ก็พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๔๔) ก็เป็นประสบการณ์เพียงแค่ว่าเคยผ่านการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care แต่ยังไม่เคยมีโอกาสดำเนินปฏิบัติงานจริงมาก่อน เมื่อ

เปรียบเทียบกับ การมีส่วนร่วมในงานนี้ของเภสัชกรในต่างประเทศ เช่น ในประเทศออสเตรเลียที่เภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมกับงานนี้สูงถึงร้อยละ ๘๕.๕ [๒๔] จึงถือได้ว่าการเข้ามามีส่วนในงาน palliative care ของเภสัชกรไทยยังน้อยมาก ซึ่งก็อาจเป็นผลมาจากบริบทของวิชาชีพที่ไม่เอื้อให้เภสัชกรได้มีโอกาสเข้าไปมีประสบการณ์ดังข้อมูลที่เภสัชกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๓๓.๔๖) ระบุว่าจุดอ่อนที่สำคัญของวิชาชีพเภสัชในการทำงาน palliative care คือ เรื่องของการขาดประสบการณ์ในการทำงานที่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนั้นหากต้องการให้เภสัชกรรวมถึงวิชาชีพอื่น ๆ หันมาสนใจและเกิดแรงบันดาลใจให้อยากทำงาน palliative care อาจจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ลักษณะการทำงานได้สัมผัสกับกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้มากขึ้น ในส่วนของเภสัชกรเองก็ควรมีการเปิดบทบาทงานให้มากกว่าการให้บริการที่จำกัดอยู่เพียงในห้องยา รวมถึงควรส่งเสริมกิจกรรมที่จะสามารถทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในความทุกข์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันจะส่งผลให้เกิดแรงบันดาลใจ (Inspiration) ในการอยากทำงาน palliative care และอยากเข้าไปร่วมทำงานกับทีมที่มากขึ้น

๓. บทบาทเภสัชกรไทย...ในงาน palliative care

ในการทำงาน palliative care นั้นจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ครบทุกมิติของการดูแล [๑๒, ๑๘, ๑๙] โดยมีเภสัชกรเป็นหนึ่งในสมาชิกที่สำคัญของทีม [๒๑, ๒๒] ซึ่งผลของการศึกษาในระยะที่ ๑ ก็พบว่าสมาชิกในทีมทุกคนต่างก็ระบุว่า “เภสัชกรเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความสำคัญและต้องมียู่ในทีม palliative care” ส่วนผลการศึกษาในระยะที่ ๒ ที่สอบถามความเห็นจากเภสัชกรก็พบว่า เภสัชกรร้อยละ ๙๘.๗๘ ต่างก็ระบุว่าวิชาชีพของตนเป็นวิชาชีพที่มีความจำเป็นต่อการทำงานของทีม palliative care เช่นกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันที่ระดับความสำคัญในทีมที่เภสัชกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๓๙.๖๓) มองว่าตนเองควรทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Consultant) ในเวลาที่ทีมต้องการ ขณะที่สมาชิกในทีมเกือบทุกคน (๗ ใน ๘ คน) ได้ให้ระดับความสำคัญของเภสัชกรในทีมไว้ที่การเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก (Worker) ของทีม แสดงให้เห็นว่ายังคงมีช่องว่าง (Gap) ระหว่างความคาดหวังของทีมกับการตอบสนองของเภสัชกรอยู่บ้าง ซึ่งก็น่าจะเป็นผลมาจากการขาดโอกาสในการทำงานจนส่งผลให้เภสัชกรบางคน (ร้อยละ ๓๒.๙๓) ระบุว่าไม่มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทีมโดยร้อยละ ๒๓.๓๕ ระบุว่าไม่มั่นใจในการเข้าร่วมทีมเพราะขาดองค์ความรู้ (Knowledge) ในงานนี้ และอีกร้อยละ ๒๒.๗๕ ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะไม่มีประสบการณ์ (Experience) ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าว ดังนั้นจึงสามารถเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวได้ด้วยการเปิดโอกาสให้เภสัชกรได้เข้าไปมีประสบการณ์ในการทำงาน palliative care ให้มากขึ้น ซึ่งก็จะช่วยให้เภสัชกรในกลุ่มที่คิดว่าตนเองควรเป็นเพียงที่ปรึกษา (Consultant) สามารถยกระดับความมั่นใจในงานและให้ความสำคัญของตนเองต่อทีมในระดับของผู้ปฏิบัติงานหลัก (Worker) ดังที่ทีมต้องการได้

สำหรับบทบาทของเภสัชกรในทีม palliative care นั้น ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ พบว่าสมาชิกในทีมทุกคนต่างเห็นว่าการดูแลที่เภสัชกรจะสามารถเข้ามาช่วยเหลือทีมได้มากที่สุดก็คือ การดูแลในด้านร่างกาย ซึ่งก็ตรงกันกับข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ ๒ ที่พบว่าด้านการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถมากที่สุดก็คือการดูแลในด้านร่างกาย (ร้อยละ ๔๑.๙๒) และ

ข้อมูลก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริินทร์ ศาสตราวุธ [๖๙] ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ก็ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบแยกส่วนโดยมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายมากกว่าการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่นกัน ส่วนการดูแลที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถในการดูแลที่ต่ำที่สุดก็คือ การดูแลในด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ ๘.๐๗) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ดาวดี [๔๓] ที่พบว่าพยาบาลก็มีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านจิตวิญญาณที่ต่ำที่สุด เช่นกัน นั้นแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศได้มุ่งการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านร่างกาย (Physical care) เป็นหลัก [๔๖] ซึ่งก็อาจเป็นผลมาจากการแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) ที่มุ่งเน้นการรักษาให้หายขาดจากโรค [๖] จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันเน้นการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านร่างกายซึ่งก็ถือเป็นเรื่องปกติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องเน้นในเรื่องการดูแลด้านร่างกายเพียงแต่จะต้องไม่ลืมหลักการร่วม (Core concept) ของการดูแลแบบ palliative care ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาระยะที่ ๑ ระบุว่า เป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนในทีมต้องยึดถือและสามารถทำได้ในเบื้องต้น ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะจะเป็นหลักการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและเข้าใจผู้ป่วยในมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ นั่นคือสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงเภสัชกรควรทำในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ก็คือควรเน้นการดูแลในมิติด้านร่างกายที่ตั้งอยู่บนฐานของความเข้าใจในมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย เพราะการดูแลด้านจิตวิญญาณเองก็มีผลช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ [๕๑]

จากระดับความสามารถของเภสัชกรในการตอบสนองต่อบทบาทที่สมาชิกในทีม palliative care คาดหวังก็พบว่าเภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถโดยรวมในระดับที่มาก และเมื่อพิจารณาในรายด้านก็พบว่าระดับความสามารถก็ยังอยู่ในระดับตั้งแต่ปานกลางถึงมากที่สุด นั้นแสดงว่าเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีการตอบสนองต่อสิ่งที่ทีมคาดหวังในการเข้าร่วมงาน palliative care ได้เป็นอย่างดี และเมื่อพิจารณาความสามารถต่อบทบาทในงานในรายข้อก็จะสามารถแบ่งบทบาทงานตามระดับความสามารถออกได้เป็น ๓ กลุ่ม คือกลุ่มที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถในระดับมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ทั่วไป เช่น การค้นหา-DRPs ต่าง ๆ การแนะนำยา ขนาดยา ช่องทางการให้ยาที่เหมาะสม การแนะนำ side effect และ drug interaction ระหว่างยา การตรวจสอบ medication reconciliation รวมไปถึงการให้การช่วยแพทย์ในการดูแลทาง clinical outcome ต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศก็ถือว่างาน pharmaceutical care นี้คือบทบาทหลักของเภสัชกรในงาน palliative care [๒๔, ๒๕, ๒๙, ๕๖] นั้นอาจเป็นเพราะเป็นบทบาทงานประจำที่เภสัชกรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในทุกรูปแบบจึงทำให้มีความสามารถในด้านนี้ที่สูง ส่วนกลุ่มบทบาทงานที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีความสามารถในระดับมากที่สุด ก็คือ บทบาทที่เป็นบทบาทในเรื่องยาที่สอดคล้องและเฉพาะเจาะจงกับการดูแลในรูปแบบ palliative care ซึ่งเป็นงานที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้เรื่องยาในเชิงลึก เช่น การประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids แล้วร่วมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องสำหรับผู้ที่มีทัศนคติในเชิงลบ การประเมินการใช้ยาแก้อาการปวดและอาการอื่น ๆ ของแพทย์ การแนะนำรูปแบบยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่รับประทาน

ไม่ได้ การตรวจสอบยาสมุนไพรมานำมาใช้รักษาอาการปวด และการแนะนำขนาดยา Naloxone ในการต้านพิษยา Morphine เป็นต้น ซึ่งการที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองจะมีความสามารถในระดับรองลงมาอาจเพราะเป็นบทบาทงานที่ต้องอาศัยประสบการณ์ทำงานในการเพิ่มทักษะและความสามารถซึ่งเภสัชกรก็ยังมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ที่น้อย และกลุ่มบทบาทงานที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองจะมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลางก็คืองานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การช่วยสมาชิกในทีมในการค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย (Unfinished business) และวางแผนร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาดังกล่าว การค้นหาและประเมินปัญหาในด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธความตายรวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีความสามารถจุดนี้ไม่มากนักก็อาจเป็นเหตุผลมาจากการแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) ดังที่กล่าวไปในตอนต้น

เมื่อพิจารณาประกอบกับบทบาทงานสำคัญที่สมาชิกในทีมต้องการให้เภสัชกรเข้ามาช่วยเหลือก็พบว่าสิ่งที่ทีมให้ความสำคัญมากที่สุดคือ การดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยทั้งในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และก่อนที่จะกลับบ้านนั้นก็คือบทบาทงาน pharmaceutical care ซึ่งก็เป็นบทบาทที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองมีระดับความสามารถในระดับมากที่สุด หรือแม้แต่เรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ที่เป็นบทบาทงานสำคัญที่ทีมต้องการในอันดับรองลงมาและถือเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของงาน palliative care [๑๘] ก็พบว่าเภสัชกรก็ยังเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในเรื่องนี้อยู่ในระดับที่มาก ส่วนเรื่องการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมซึ่งเป็นอีกงานสำคัญที่ทีมต้องการให้เภสัชกรเข้าร่วมเพื่อเข้าไปช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยที่มักจะมี ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เกิดขึ้นมากมาย [๑] โดยในต่างประเทศก็ได้กำหนดให้เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทนี้ด้วย [๒๙] ก็ถือเป็นอีกงานที่น่าสนใจเพราะจะสามารถช่วยลดช่องว่าง (Gap) ในการดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน [๒๒] ซึ่งบทบาทงานนี้ก็จะเป็นบทบาทที่เภสัชกรเองเห็นว่าตนเองจะมีความสามารถอยู่ในระดับที่มาก เช่นกัน นั่นจึงถือเป็นปัจจัยเอื้อที่ดีที่ทำให้มั่นใจได้ว่าเภสัชกรที่จะเข้าร่วมงานกับทีม palliative care จะสามารถตอบสนองต่อบทบาทที่สมาชิกในทีมคาดหวังได้เป็นอย่างดีและจะช่วยให้การทำงานของทีมมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น แต่หากต้องการให้การเข้ามาทำงานนี้ของเภสัชกรเกิดประประสิทธิภาพสูงสุด ก็จำเป็นที่จะต้องปรับเพิ่มระดับความสามารถในส่วนที่เภสัชกรคิดเห็นว่าตนเองจะมีความสามารถอยู่ในระดับมากและปานกลางด้วยการเพิ่มเติมองค์ความรู้ (Knowledge) ซึ่งเป็นองค์ความรู้ด้านยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบ palliative care คือยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด (Pain management) สำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่ม Opioids เพื่อให้เภสัชกรสามารถให้ข้อมูลการใช้ยาและข้อมูลเรื่องการติดยากลุ่มดังกล่าวแก่ผู้ป่วย ญาติรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้ รวมถึงต้องเพิ่มเติมองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณของเภสัชกรให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มระดับความสามารถไปสู่ระดับมากที่สุดในทุก ๆ บทบาท

๔. คุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรไทยในงาน palliative care เริ่มต้นที่ Attitude

องค์ความรู้ (Knowledge) คือคุณลักษณะที่เภสัชกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๑๒.๑๓) ใน การศึกษาระยะที่ ๒ เห็นว่ามีความสำคัญต่อการทำงาน palliative care ของเภสัชกรมากที่สุด ซึ่ง แตกต่างกับความเห็นของสมาชิกในทีมจากการศึกษาระยะที่ ๑ ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องขององค์ ความรู้เป็นลำดับท้าย ๆ ที่เป็นเช่นนี้เพราะสมาชิกในทีมได้ระบุว่ามีความมั่นใจในพื้นฐานความรู้ของ เภสัชกรทุกคนว่าเพียงพอต่อการทำงาน palliative care ประกอบกับที่ในการทำงานของทีมจะมีการ ฝึกฝนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในทีมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็จะสร้างองค์ความรู้ของการดูแล รูปแบบ palliative care ขึ้นมาเอง จึงทำให้สมาชิกในทีมมองว่าองค์ความรู้ ของเภสัชกรไม่ใช่สิ่ง สำคัญหลักในการทำงานนี้ แต่สิ่งที่เป็นคุณลักษณะที่สมาชิกในทีมให้ความสำคัญมากที่สุดคือเรื่องของ ทักษะ (Attitude) ที่ดีต่อการทำงานคือต้องเป็นผู้ที่มีกายอมรับและเข้าใจในแนวคิดของการดูแล รูปแบบ palliative care ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบทั่ว ๆ ไป ส่วนใน ต่างประเทศจากการศึกษาของ Hussainy และคณะ [๒๙] ก็พบว่าสมาชิกในทีม palliative care ก็ได้ ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของเภสัชกรในเรื่องของทัศนคติ (Attitude) และประสบการณ์ (Experience) เป็นหลัก ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกันกับที่ได้จากสมาชิกในทีม ดังนั้นทัศนคติ (Attitude) ที่ ดีในงาน palliative care จึงถือเป็นคุณลักษณะสำคัญที่เภสัชกรที่จะเข้าร่วมงานกับทีมควรมี ซึ่ง ทัศนคติ (Attitude) ที่ดีนี้จะนำมาซึ่งความต้องการอยากเข้ามามีส่วนร่วมในทีมอันจะสร้างให้เกิด ประสบการณ์ (Experience) ที่ถือเป็นกุญแจสำคัญของงานตามมา ส่วนคุณลักษณะที่ทั้งสมาชิกในทีม และเภสัชกร (ร้อยละ ๑๑.๙๑) เห็นตรงกันว่าเป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญในลำดับรองลงมาก็คือ เรื่องของการทำงานเป็นทีม (Team work) ซึ่งก็เป็นผลมาจากการทำงาน palliative care จำเป็นต้องอาศัยการทำงานด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ [๔] จึงทำให้ความสามารถในการทำงานเป็นทีม (Team work) เป็นอีกหนึ่งคุณลักษณะที่สำคัญที่เภสัชกรและอาจารย์รวมถึงสมาชิกในทีมทุกคนควรมี

นอกเหนือจากคุณลักษณะที่เหมาะสมของเภสัชกรแล้วยังมีเรื่องของปัจจัยส่วนบุคคลที่ อาจจะมีผลต่อระดับความสามารถในการทำงาน palliative care ของเภสัชกร ซึ่งปัจจัยที่ควรคำนึง ในการวางแผนการทำงาน palliative care ของเภสัชกรที่พบในการศึกษานี้คือเรื่องของ อายุ ระดับ การศึกษาและสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน เนื่องจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อ ระดับความสามารถในการทำงาน palliative care ของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า อายุที่ต่างกันจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันโดยเภสัชกรที่มีอายุน้อยจะมี ระดับความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณที่มากกว่าเภสัชกรที่มีอายุมาก ซึ่งข้อมูลมีความขัดแย้ง กับการศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง [๓๑] ที่พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิต วิญญาณของพยาบาลจะเพิ่มขึ้นตามอายุและประสบการณ์ เหตุผลของข้อมูลที่ขัดแย้งกันอาจ เนื่องมาจากในการศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง นั้น ได้ทำการศึกษาในพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ได้เคยมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ดังนั้นอายุและประสบการณ์ที่มากขึ้นก็อาจทำให้ มีการรับรู้และมีความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มากขึ้น ขณะที่ในการศึกษานี้ เภสัชกรที่ศึกษาส่วนใหญ่ต่างยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำงาน palliative care หรือแม้แต่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก็มีน้อย (Lack of experience) จึงอาจทำให้ความเห็นต่อ

ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณมีความคลาดเคลื่อนจากที่ควรจะเป็นซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ส่วนปัจจัยเรื่องสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่พบว่าในการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านร่างกาย เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถที่มากกว่าเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ แต่หากพิจารณาตามหลักทั่วไปแล้วเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีขนาดใหญ่ควรจะมีระดับความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกายที่มากกว่าเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีขนาดเล็กและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่น้อยกว่า แต่เนื่องจากการดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายในงาน palliative care ของประเทศไทยอาจมีความแตกต่างจากการดูแลในรูปแบบอื่น ๆ เพราะเป็นรูปแบบการดูแลที่ยังไม่สมบูรณ์ในโรงพยาบาลทุกระดับ จึงอาจทำให้ผลของความสามารถในการดูแลแตกต่างจากที่ควรจะเป็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทั่ว ๆ ไป และเนื่องจากเรื่องของการศึกษาปัจจัยสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานต่อระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care นี้ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนจึงเป็นอีกประเด็นที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม สำหรับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาที่พบว่าในการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านร่างกาย เภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาที่ในระดับที่สูงก็จะมีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านร่างกายที่มากกว่าเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Bradley และคณะ [๓๒] ที่พบว่าระดับความรู้และการฝึกปฏิบัติที่มากมีผลต่อความสามารถของพยาบาลในการทำงาน palliative care ที่มากขึ้นเช่นกัน ซึ่งก็ชัดเจนว่าองค์ความรู้ (Knowledge) หรือการฝึกอบรมที่เพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้มีความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกายที่มากขึ้น แต่ทั้งนี้เรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการทำงาน palliative care ของเภสัชกรอาจจะไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนตายตัวแต่จะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละทีมมากกว่าในการพิจารณาวางแผนการทำงานจึงต้องมีการปรับตามบริบทของแต่ละทีม

๕. บทสรุปแห่ง palliative care ของเภสัชกรไทย

เภสัชกรไทยมีการรับรู้ต่อหลักการทำงาน palliative care ได้ในระดับดีและสมาชิกในทีม palliative care เองต่างก็ยอมรับและพร้อมเปิดโอกาสให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน อีกทั้งสมาชิกในทีมก็ได้มีบทบาทที่คาดหวังต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของเภสัชกรและเภสัชกรเองก็เห็นว่าตนเองมีความสามารถในการตอบสนองต่อบทบาทที่ทีมคาดหวังได้เป็นอย่างดี ทั้งหมดจึงถือเป็นต้นทุนที่ดีและเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เภสัชกรไทยควรได้มีโอกาสเข้ามามีบทบาทในทีม palliative care ให้มากขึ้น ซึ่งในการเริ่มต้นงานนี้ของเภสัชกรอาจต้องเน้นในเรื่องทัศนคติ (Attitude) ที่ดีองาน รวมถึงควรมีกระบวนการในการส่งเสริมให้เภสัชกรที่อยู่ในกลุ่มที่คิดว่าตนเองควรเป็นเพียงแค่งานปรึกษา (Consultant) ของทีมให้สามารถยกระดับความสำคัญของตนเองต่อทีมไปเป็นผู้ปฏิบัติงาน (Worker) หลัก ดังที่ทีมคาดหวังไว้ ซึ่งก็ต้องการให้ออกสาหรือเพิ่มเติมองค์ความรู้เฉพาะเข้าไปและบทบาทในการทำงานนี้ของเภสัชกรก็อาจจะต้องเริ่มต้นจากงาน pharmaceutical care ทั่วไป ซึ่งเป็นบทบาทที่เภสัชกรส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองมีความถนัดแล้วค่อยเพิ่มเติมบทบาทอื่น ๆ เช่น บทบาท

งานในเรื่องยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบ palliative care รวมถึงบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้าไป แต่ก็มีอุปสรรคบางอย่างที่อาจมีผลต่อการเข้าร่วมทีมของเภสัชกรไม่ว่าจะเป็น ภาระงานประจำที่มาก รวมถึงอุปสรรคที่สำคัญที่สุดก็คือเรื่องของนโยบายที่ยังไม่เปิดกว้างให้เภสัชกรเข้าไปมีประสบการณ์ในทีม palliative care มากนัก จึงส่งผลให้เภสัชกรขาดโอกาสในการร่วมทำงานกับทีมจนทำให้เภสัชกรบางคนไม่มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงานกับทีม ดังนั้นหากจะส่งเสริมให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมให้มากขึ้นจึงจำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดให้เภสัชกรเข้าไปร่วมทำงานกับทีมและควรมีการเพิ่มเติมองค์ความรู้ให้แก่เภสัชกร ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้เรื่องยาที่เฉพาะเจาะจงกับงาน palliative care และองค์ความรู้เรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้เภสัชกรมีความเข้าใจและมั่นใจในการเข้ามาทำงานแล้วก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ (Inspiration) ในการทำงานนี้อันจะส่งผลให้เกิดการเข้าร่วมงานของเภสัชกรที่ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลรูปแบบนี้

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในครั้งนี้ ได้ขาดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ที่สำคัญในการดูแลแบบ palliative care คือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Care giver) ซึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดในทางจริยธรรมการวิจัยและความยากลำบากในการเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงทำให้บทบาทงานของเภสัชกรที่ได้มาอาจไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติซึ่งก็จะขัดแย้งกับหลักการที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ ควรส่งเสริมงาน palliative care ให้ได้รับความสำคัญในการบริการสุขภาพทุก ๆ ระดับและต้องมีกระบวนการสร้างความเข้าใจในแนวคิดของงาน palliative care ที่ถูกต้องทั้งแก่ภาคประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีกระบวนการเพื่อการปรับเปลี่ยนกรอบพื้นฐานความคิด (Paradigm shift) ทั้งแนวคิดพื้นฐานในงาน palliative care และมุมมองต่อเรื่องของความตายของสังคมไทยให้กล้าที่จะยอมรับและกล่าวถึงความตายอันเป็นสัจธรรมของชีวิตเพื่อให้เกิดการวางแผนการรักษา เช่น การทำเอกสารแสดงเจตจำนงในการรักษา (Advance care plan) ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย

๑.๒ งาน palliative care ของประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบการเชื่อมต่อทั้งข้อมูลและทรัพยากรการดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary care) ทติยภูมิ (Secondary care) และตติยภูมิ (Tertiary care) เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านหรือชุมชนแต่ยังคงได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care)

๑.๓ ควรมีกระบวนการในการสนับสนุนหรือเอื้อให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในงาน palliative care ให้มากขึ้น โดยการเปิดโอกาสให้เภสัชกรได้ทำงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือมีกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดทัศนคติ (Attitude) ที่ดีในการทำงาน เช่น การจัดอบรมที่เป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบอกเล่าประสบการณ์ตรงของผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในงานนี้มาก่อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยจนเกิดเป็นแรงบันดาลใจในการทำงานและในกระบวนการคัดเลือกเภสัชกรที่จะเข้าร่วมงานหากสามารถเลือกได้ก็ควรที่จะคัดเลือกผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่องานนี้รวมถึงควรเป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม (Team work) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรที่ทีมต้องการ

๑.๔ ควรมีการบรรจุหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนทางเภสัชศาสตร์รวมถึงทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อให้เข้าใจในหลักการทำงานหรือกระบวนการทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เห็นความสำคัญของงาน palliative care ซึ่งจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงของประเทศและช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่จะทำให้คุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด

๒. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

๒.๑ การศึกษาต่อเนื่องที่ควรทำคือการศึกษารูปแบบในการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีรูปแบบหรือทิศทางที่ชัดเจนอันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีที่สุดได้

๒.๒ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับงาน palliative care ที่มากขึ้น เช่น การศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับความตายหรือการศึกษาเรื่องความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในเชิงลึกหรือเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้งหรือควรมีการศึกษาที่เป็นการศึกษาที่เป็นการต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

๒.๓ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลในฐานะหุ้นส่วนหลักของการดูแลแบบ palliative care เนื่องจากตามหลักการดูแลแบบ palliative care นั้นสมาชิกในทีมจะหมายรวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลด้วย ซึ่งหากการศึกษาสามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ได้ข้อมูลความคาดหวังต่อบทบาทของเภสัชกรในงาน palliative care ที่ครอบคลุมและสมบูรณ์ที่สุด

รายการอ้างอิง

- [๑.] Swetenham, K., D. Rowett, and D. Stephenson. (๒๐๑๔). "Clinical networks influencing policy and practice: the establishment of advanced practice pharmacist roles for specialist palliative care services in South Australia." *Aust Health Rev*, ๓๘ (๒): p. ๒๓๘-๔๑.
- [๒.] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๕). **เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทยที่สำคัญ พ.ศ.๒๕๕๔**. เข้าถึงเมื่อ ๒๙ ตุลาคม. เข้าถึงจาก : <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/socioSoc๕๕.pdf>.
- [๓.] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). **สถิติการตาย ๑๐ อันดับการตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ในปี พ.ศ.๒๕๕๑- ๒๕๕๕**. เข้าถึงเมื่อ ๒ กันยายน. เข้าถึงได้จาก : <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=.๕>
- [๔.] บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. (๒๕๕๖). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care)**. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- [๕.] พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (๒๕๕๕). **ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.
- [๖.] สง่า ลือชาพัฒน์พร. (๒๕๕๕). **เพื่อรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม ๑**. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.
- [๗.] ประเวศ วะสี. (๒๕๕๒). **ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานิตย์ เรื่อง Palliative Care กับ การแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: ปรีณท์ไอโซน จำกัด.
- [๘.] สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (๒๕๕๗). **สถานการณ์ความตาย**. เข้าถึงเมื่อ ๒๑ ตุลาคม. เข้าถึงได้จาก <http://www.shi.or.th/download/๗๗/>.
- [๙.] วัลภา คุณทรงเกียรติ. (๒๕๕๓). "การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤติระยะสุดท้าย : บทบาทที่ทำนายของพยาบาล." *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* ปีที่ ๑๘, ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) :๑-๗.
- [๑๐.] อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์ และวิภาวี คงอินทร์. (๒๕๕๔). "ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย." *วารสารสภาการพยาบาล* ปีที่ ๒๖, ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม): ๔๑-๕๕.
- [๑๑.] เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และอนันต์ย เจียรสถาวงค์. (๒๕๕๙). **บทเรียนจากผู้จากไป ผลักความรู้ ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทยๆ**. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.
- [๑๒.] Dahlin, C. (๒๐๑๒). "Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care". *National Consensus Project for Quality Palliative Care*. Vol. ๓th.
- [๑๓.] World Health Organization. (๒๐๐๖). **WHO Definition of Palliative Care ๒๐๐๖**. Access August ๑๕. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> ๒๐๐๖.

- [๑๔.] World Health Organization. "Pain Relife and Palliative Care." **National Cancer Control Programes. Policies and Managerial guideline**, no.๒(๒๐๐๒): ๘๓-๘๑.
- [๑๕.] สง่า ลือชาพัฒนพร. (๒๕๕๕). **เพื่อรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม ๒**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.
- [๑๖.] ปัทมา โกมุกบุตร. (๒๕๕๗). "Palliative medicine." เอกสารประกอบการสอนรายวิชา เวชปฏิบัติการบริหารบรรเทาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Palliative care in Family practice) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [๑๗.] เต็มศักดิ์ ฟังรัมย์, โจรนศักดิ์ ทองคำเจริญ และนฤมล อรรถกุล. (๒๕๕๕). "สถานพยาบาลที่ให้บริการด้าน palliative care ในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๕." ใน **การดูแลแบบประคับประคอง**, กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรปริ้นต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- [๑๘.] ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. **เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๓.
- [๑๙.] สถาพร ลีลานันทกิจ. (๒๕๕๕). "หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง." ใน **ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย**, ๒๕-๕๙. แสง บุญเฉลิมวิภาส, วิชัย โชควิวัฒน์, อัมพล จินดาวัฒนะ และคณะ(บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- [๒๐.] ทองทิพย์ พรหมศรี. (๒๕๕๑). "การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่." พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
- [๒๑.] Lucas, C., P.A. Glare, and J.V. Sykes. (๑๙๙๗) "Contribution of a liaison clinical pharmacist to an inpatient palliative care unit." **Palliat Med**, ๑๑(๓): p. ๒๐๙--๓๑๖.
- [๒๒.] O'Connor, M., et al. (๒๐๑๑). " The palliative care interdisciplinary team: where is the community pharmacist?" **J Palliat Med**, ๑๔(๑): p. ๗-๑๑.
- [๒๓.] Katherine Kelly, Batsirai Mutetwa and Lisa Novoson.(๒๐๑๔). **Palliative Care in Thailand : Hospice and Homecare**. Access October ๗. Available from <https://www.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-๐๓๑๓๐๖-๐๙๓๐๔๑/unrestricted/Deliverable.pdf>.
- [๒๔.] Gilbar, P. and K. Stefaniuk. (๒๐๐๒). "The role of the pharmacist in palliative care: results of a survey conducted in Australia and Canada." **J Palliat Care**, ๑๘(๔): p. ๒๘๗-๙๒.

- [๒๕.] EuroPharm Forum. (๒๐๐๒). "The role of the pharmacist in Palliative Care". Approved October ๒๐๐๒.
- [๒๖.] American Society of Health-System Pharmacists (๒๐๐๒) "ASHP statement of pharmaceutical care." **Am J Health-Syst Pharm**, ๕๐: p. ๒๘๔-๒๘๗.
- [๒๗.] Canadian Hospice Palliative Care Association Nursing Standards Committee. (๒๐๑๕). "What is hospice palliative care." Access September ๓. Available from [http://www.chpca.net/interest groups/nursing standards.html](http://www.chpca.net/interest%20groups/nursing%20standards.html).
- [๒๘.] Wilson, S., et al. (๒๐๑๐). "Impact of pharmacist intervention on clinical outcomes in the palliative care setting." **Am J Hosp Palliat Care**, ๒๘(๕): p. ๓๑๖-๒๐.
- [๒๙.] Hussainy, S.Y., M. Box, and S. Scholes. (๒๐๑๑). "Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience." **BMC Palliat Care**. ๑๐: p. ๑๖.
- [๓๐.] สุพัตรา ศรีวณิชชากร (บรรณาธิการ). (๒๕๕๓). "การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา." **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ปีที่ ๒, ฉบับที่ ๕ (สิงหาคม – ตุลาคม)**
- [๓๑.] อารีญา ด้านผาทอง.(๒๕๕๙). "การรับรู้การให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับจังหวัด." **พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์: พิษณุโลก.**
- [๓๒.] Bradley, E.H., et al. (๒๐๐๑). "Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting." **J Prof Nurs**, ๑๗(๑): p. ๑๔-๒๒.
- [๓๓.] McCormick JE, I.D. (๑๙๘๕), **Industrial and organizational psychology**. ed. ๘. Englewood: Prentice-Hall.
- [๓๔.] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). "เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS)." เข้าถึงเมื่อ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thcc.or.th/download.GIS๕๔.pdf>.
- [๓๕.] พระพรหมคุณาภรณ์, (ป.อ.ปยุตโต). (๒๕๔๙) **ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สวายจำกัด.
- [๓๖.] พระไพศาล วิสาโล. (๒๕๔๑). **ประตูสู่สภาวะใหม่**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- [๓๗.] พระพรหมคุณาภรณ์, (ป.อ.ปยุตโต). (๒๕๕๐). **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**. กรุงเทพมหานคร.: สำนักพิมพ์สวายจำกัด.
- [๓๘.] The Australian Institute of Health and Welfare. (๒๐๐๘). "Palliative care performance indicators." Canberra.

- [๓๙.] สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (๒๕๕๖). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ทำทนายบพาทของพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- [๔๐.] สุภาพร ดาวดี. (๒๕๔๗). “การใช้ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล.” **วารสารคุณภาพการพยาบาล ฉบับปฐมฤกษ์**, ๑: ๒๖-๔๖.
- [๔๑.] สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (๒๕๕๑). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง**. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- [๔๒.] อารีญา ด้านผาทอง. (๒๕๕๑). “พฤติกรรมกรดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.” **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**. ปีที่ ๒, ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) : ๖๒ - ๗๐.
- [๔๓.] สุภาพร ดาวดี. (๒๕๕๑). “พฤติกรรมกรดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**. ปีที่ ๒, ฉบับที่ ๒.
- [๔๔.] Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care National Consensus Project for Quality Palliative Care. nth.
- [๔๕.] ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (๒๕๕๖). **อนาคตสาธารณสุขไทยกับการรักษาแบบ palliative care**. เข้าถึงเมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๘. เข้าถึงจาก: <http://thaipublica.org/๒๐๑๓/๐๑/palliative-care-๑/>.
- [๔๖.] แสง บุญเฉลิมวิภาส และคณะ. (๒๕๕๕). **ก่อนวันพลัดใบ "หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย"**. พิมพ์ครั้งที่ ๕, กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- [๔๗.] พระไพศาล วิสาโล. (๒๕๕๐). **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (๑๙๘๗) จำกัด.
- [๔๘.] ฤชงค์ เหล่ารุจิรสวัสดิ์. (๒๕๕๐). “Psychiatric assessment and management in palliative care.” ใน **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)**, กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- [๔๙.] ศิริไล ศิวลี. (๒๕๔๗). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โอเอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- [๕๐.] Talyor PB and Ferszt GG. (๑๙๙๐). “Spiritual Healing”. **Holis Nurs Pract**, ๔: p. ๓๒-๘.
- [๕๑.] Mueller, P.S., D.J. Plevak, and T.A. Rummans. (๒๐๐๑). “Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice.” **Mayo Clin Proc**, ๗๖(๑๒): p. ๑๒๒๕-๓๕.
- [๕๒.] จรัสแสง ผิวอ่อน. (๒๕๕๔). “การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมกรณีศึกษา วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร.” **ปริญาพุทธศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย**.

- [๕๓.] ปกรณ์ ทองวิไล. (๒๕๕๓). "การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง." วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, ๒(๕): หน้า ๑๖.
- [๕๔.] สถาพร ลีลานันทกิจ. (๒๕๕๑). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.** กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- [๕๕.] Atayee, R.S., B.M. Best, and C.E. Daniels. (๒๐๐๘). "Development of an ambulatory palliative care pharmacist practice." *J Palliat Med*, ๑๑(๘): p. ๑๐๗๗-๘๒.
- [๕๖.] Hanif, N. (๑๙๙๑). "Role of the palliative care unit pharmacist." *J Palliat Care*, ๗(๔): p. ๓๕-๖.
- [๕๗.] Walker, K.A., L. Scarpaci, and M.L. McPherson. (๒๐๑๐). "Fifty reasons to love your palliative care pharmacist." *Am J Hosp Palliat Care*, ๒๗(๘): p. ๕๑๑-๓.
- [๕๘.] ชาย โพธิ์สิตา. (๒๕๕๐). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- [๕๙.] Koch, T. (๑๙๙๔). "Establishing rigour in qualitative research: the decision trail." *J Adv Nurs*, ๑๙(๕): p. ๙๗๖-๘๖.
- [๖๐.] กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (๒๕๕๗) **การจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศ GIS.** เข้าถึงเมื่อ ๒๙ ตุลาคม. เข้าถึงได้จาก: <http://๒๐๓.๑๕๗.๒๔๐.๑๔/gis/map/gis-๐๑.php>.
- [๖๑.] Taro Yamane. (๑๙๖๗). "Statistics, An Introductory Analysis." ใน **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์,** พิชิต ฤทธิจักรูญ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: แฮ็ส ออฟ เคอร์มีสท์.
- [๖๒.] สัมมนา มูลสาร และคณะ. (๒๕๕๐). "คุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนเทียบกับเภสัชกรโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์." **วารสารวิชาการสาธารณสุข,** ๑๖(๕): ๗๑๔-๒๑.
- [๖๓.] สุวิมล ติรกันันท์. (๒๕๔๖). **การใช้สถิติทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [๖๔.] สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (๒๕๔๖). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.** กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- [๖๕.] สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (๒๕๔๘). **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล.** เข้าถึงเมื่อ ๑๑ ตุลาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.ha.or.th/dataupdown/๒๐_LESSON.zip.

- [๖๖.] Wright M, H.E., Phungrassami T, A B-C. (๒๐๑๐) “Hospice and Palliative care in Southeast Asia: A review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and Philippines.” **Oxford University Press**. ๑ st ed.
- [๖๗.] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๘). “Palliative care : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.” **ก้าวใหม่ ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนา หลักประกันสุขภาพ**. ๓๙(๘).
- [๖๘.] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗) **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. เข้าถึงเมื่อ ๑๒ กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgconer/>
- [๖๙.] สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ และคณะ. (๒๕๕๐). “การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วยอายุรกรรม.” **สงขลานครินทร์เวชสาร**, ๑(๒๕): หน้า ๙-๑๗.



ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการศึกษาในระยะที่ ๑

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview)

(สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงาน palliative care)

หัวข้อวิจัย : บทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน Palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

(Abilities of pharmacist in palliative care according to expectations of multidisciplinary team)

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล :

ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....

เพศ.....

อายุ..... ปี

อายุงานในการทำงานในทีม palliative care.....ปี

ประสบการณ์ในการดูแลญาติด้วยการดูแลแบบ palliative care.....คน

ว/ด/ป ที่สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

ตอนที่ ๒ คำถามเกริ่นนำเกี่ยวกับรูปแบบงาน palliative care และประสบการณ์ในงานดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

๑. การเข้ามาทำงานในงาน palliative care ของท่านมีความเป็นมาอย่างไรบ้าง

.....

๒. แรงจูงใจในการทำงาน palliative care ในปัจจุบันรวมถึงเป้าหมายในการทำงานดังกล่าวของท่านเป็นอย่างไร

.....

๓. ปัจจุบันภาพรวมของการทำงาน palliative care ในต่างประเทศรวมถึงในประเทศไทยเป็นเช่นไร

.....

.....

.....

๔. หลักการความสำคัญหรือนิยามในรูปแบบการทำงาน palliative care ของท่านหรือของทีมของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

๕. รูปแบบการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในภาพรวมทั้งในและต่างประเทศในปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

๖. สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน palliative care ที่สำคัญมีใครบ้าง

.....

.....

.....

๗. บทบาทงานในการทำงาน palliative care ของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละคนเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

ตอนที่ ๓ ข้อมูลความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

๑. สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการทำงาน palliative care แบบทีมสหสาขาวิชาชีพในประเทศไทยรวมถึงในโรงพยาบาลของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

๒. สถานการณ์การยอมรับในบทบาทของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ในประเทศไทยรวมถึงในโรงพยาบาลของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

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

๓. ในความเห็นของท่านวิชาชีพเภสัชกรมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care หรือไม่

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

๔. หากมีความจำเป็นที่ต้องมีเภสัชกรในงาน palliative care ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านใดได้บ้าง

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

๕. ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกายเภสัชกรสามารถมีส่วนช่วยเหลือได้อย่างไรบ้าง

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

๖. หากเจาะลึกในเรื่องการจัดการกับอาการปวด (pain management) เภสัชกรสามารถมีบทบาทอะไรบ้าง

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

๗. นอกเหนือจากการดูแลในมิติด้านร่างกายแล้วเภสัชกรสามารถมีส่วนร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ อย่างไรได้บ้าง

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

๘. นอกเหนือจากบทบาทหลักในการดูแลในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณแล้ว ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทช่วยเหลือการทำงาน palliative care ในด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

๙. คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรในแบบไหนที่ท่านคิดว่ามีความเหมาะสมในการเข้าร่วมงานกับทีม palliative care ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

.....

.....

.....

๑๐. หากเภสัชกรที่จะเข้าร่วมในทีมมีภาระงานที่มากหรือมีอัตรากำลังที่จำกัดจนทำให้มีเวลาที่จะมาร่วมทำงานกับทีม palliative care ได้น้อย ท่านคิดว่า ๓ อันดับแรกที่เป็นงานสำคัญที่เภสัชกรควรช่วยทีมทำก่อนมีอะไรบ้าง (ตามลำดับ)

.....

.....

.....

๑๑. เพื่อให้เกิดการยอมรับในทีมมากขึ้นเภสัชกรควรแสดงบทบาทหน้าที่หรือควรมีกิจกรรมใดบ้าง

.....

.....

.....

๑๒. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างในการที่จะทำให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในทีม palliative care ให้มากขึ้น

.....

.....

.....

ตอนที่ ๔ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

๑. ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อภาพรวมการทำงาน palliative care ของประเทศไทย
ในปัจจุบัน

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

๒. ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care
ของเภสัชกรในปัจจุบัน

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



แบบสอบถามการวิจัยสำหรับการศึกษาในระยะที่ ๒

เลขที่แบบสอบถาม.....



แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ และศึกษาคุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรในการทำงานดังกล่าว โดยมีแบบสอบถามฉบับนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาการทำงานของเภสัชกรร่วมกับทีม palliative care รวมถึงนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบายของงาน palliative care ต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น ๕ ตอนคือ

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ ๒ ประสบการณ์และความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่องาน palliative care

ตอนที่ ๓ ความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตอนที่ ๔ คุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงาน palliative care

ตอนที่ ๕ ข้อเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีม palliative care

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวมและไม่มีการเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัย

ภก.ศิริทัศน์ กระदानพล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภก.อ.ดร.ภานุวัฒน์ พุ่มพุกักษ์

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

๑. เพศ

ชาย

หญิง

๒. อายุ.....ปี

๓. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือ

ปริญญาตรี (หลักสูตร ๕ ปี)

ปริญญาตรี (หลักสูตร ๖ ปี)

ปริญญาโท

ปริญญาเอก

วุฒิบัณฑิต/อนุมัติบัณฑิตความเชี่ยวชาญวิชาชีพเภสัชกรรมสาขา.....

๔. ประสบการณ์การทำงานในสายงานโรงพยาบาล.....ปี

๕. ปัจจุบันโรงพยาบาลที่ท่านทำงานอยู่สังกัดในหน่วยงานใด

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงศึกษาธิการ

กรุงเทพมหานคร

กระทรวงกลาโหม/สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๖. หน้าที่หลักที่ท่านรับผิดชอบ

งานบริการผู้ป่วยนอก

งานบริการผู้ป่วยใน

งานผลิตยา

งานจัดซื้อและบริหารเวชภัณฑ์

งานคลินิก

งานสารสนเทศทางยา

งานอื่น ๆ.....

ตอนที่ ๒ ประสบการณ์และความเข้าใจของท่านต่องาน palliative care

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

๑. ท่านคิดว่าข้อใดเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้ก้ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

เป็นการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบที่ไม่ให้การรักษาใด ๆ (เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ แล้ว) เช่น ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ยารักษาโรคที่เป็นแล้ว

เป็นการดูแลที่ทำความเข้าใจกันระหว่างการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ

เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้นั้นเฉพาะการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก

เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วย

เป็นศูนย์กลาง

เป็นการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน

๒. ท่านเคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ palliative care หรือไม่

- เคย (แบบใดโปรดระบุ)
- ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับ palliative care
 - ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการในทีม palliative care
 - ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม palliative care
 - อื่น ๆ.....

ไม่เคย

๓. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือไม่

- เคย (คนที่ท่านให้การดูแลนานที่สุดคือใคร.....ระยะเวลาในการดูแล.....เดือน)
- ไม่เคย

๔. ท่านคิดว่าเภสัชกรมีความจำเป็นต่อทีม palliative care หรือไม่

- มีความจำเป็นโปรดระบุระดับ
- เป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและวางแผนงาน (Team leader)
 - เป็นผู้ปฏิบัติงานของทีม (Worker)
 - เป็นที่ปรึกษาในเวลาที่ทีมต้องการ (Consultant)
 - อื่น ๆ.....

ไม่มีความจำเป็นโปรดระบุเหตุผล(หากมี).....

๕. ท่านคิดว่าจุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรข้อใดบ้างที่จะช่วยให้ทำงาน palliative care ได้ดี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด
- เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคพอสุมควร์ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้
- เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs)
- อื่น ๆ.....

๖. ท่านคิดว่าจุดด้อยข้อใดของวิชาชีพเภสัชกรที่จะส่งผลให้ทำงาน palliative care ได้ไม่ดี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจ

ในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน

- เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก
- มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยได้น้อย
- เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงาน palliative care ค่อนข้างน้อย
- อื่น ๆ.....

การสะท้อนคิดด้วยตนเอง (Self-reflection)

ความประทับใจจากงานวิจัยชิ้นนี้

ข้าพเจ้ามีความประทับใจเกิดขึ้นมากมายจากการศึกษานี้ ซึ่งการศึกษานี้ได้เริ่มต้นจากความทุกข์ของตนเองที่ต้องพบเห็นความทุกข์ทรมานของผู้เป็นมารดาที่เผชิญกับการต่อสู้เพื่อรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จนทำให้ข้าพเจ้าได้รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเกิดเป็นแรงบันดาลใจที่อยากจะสร้างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในรูปแบบดังกล่าว เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รู้จักคุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบนี้และเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลที่ให้คุณภาพชีวิตรวมถึงศักดิ์ศรีครั้งสุดท้ายของเขา

โดยการได้มาซึ่งข้อมูลความคาดหวังต่อบทบาทของเภสัชกรในการทำงาน palliative care จากทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น เป็นเรื่องที่ต้องรบกวนสมาชิกในทีม palliative care ที่ก็มีภาระงานที่มาก แต่สิ่งที่สัมผัสได้คือผู้ให้ข้อมูลทุกคนต่างมีความเต็มใจในการให้ข้อมูลและต่างรู้สึกยินดีในการสร้างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care ทุกคนต่างช่วยเหลือผู้วิจัยในทุกด้านและอีกความประทับใจจากการได้เข้าไปกับการทำงานของทีมคือ สมาชิกในทีมต่างมีความสุขและภูมิใจในการทำงานดังกล่าวเพราะรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้จึงต้องขอขอบพระคุณสมาชิกในทีม palliative care ทั้งจากโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลตากสิน เป็นอย่างมากครับ

สำหรับข้อมูลระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน palliative care นั้น ก็ต้องอาศัยความร่วมมือของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากทั่วประเทศในการตอบแบบสอบถาม ความประทับใจที่เกิดขึ้นคือ อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่สูงถึง ๕๖% ทั้งที่การส่งกลับของแบบสอบถามมีความจำเป็นที่ต้องไปส่งที่ไพบรณีย์เพราะแบบสอบถามมีขนาดใหญ่ไม่สามารถหย่อนตู้ได้ ซึ่งการได้กลับมาของแบบสอบถามในครั้งนี้ก็แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรในประเทศไทยมีความสนใจและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ palliative care ซึ่งจากการช่วยเหลือครั้งนี้ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณเภสัชกรทุกท่านและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการช่วยเหลือในครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ palliative care อย่างดีที่สุดและขออานิสงผลบุญจากการช่วยเหลือครั้งนี้ส่งถึงทุกท่านด้วยเทอญ

เอกสารจริยธรรม

2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 516/2015

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

รหัสโครงการ : 405/2558(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นายศิริทัศน์ กระดานพล / คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร สำหรับการศึกษาระยะที่ 1
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับการศึกษาระยะที่ 1
5. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 17 กันยายน 2558

วันหมดอายุ : 16 กันยายน 2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม 23 ก.ย. 2558

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรรยาพิมพ์ สูงสว่าง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่

ลงนาม 24 ก.ย. 2558

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันที่



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000
 โทรศัพท์ 034 - 255800, 034 - 218770 โทรสาร 034 - 255801

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

เอกสารรับรองเลขที่.....3../.2558.....

ชื่อโครงการ ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของ
 ทีมสหสาขาวิชาชีพ

เลขที่โครงการ/รหัส ID9 / 2558.....

ชื่อหัวหน้าโครงการ นาย ศิริทัศน์ กระदानพล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
 แนวปฏิบัติยาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เภสัชกร รองศาสตราจารย์ ดร.ชนะเศรษฐ์ จ้าวหิรัญพัฒน์)

ลงนาม

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (เภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

วันที่รับรอง วัน.....18...../เดือน.....พฤษภาคม...../ปี...2558....

วันที่หมดอายุ วัน.....17...../เดือน.....พฤษภาคม...../ปี...2559....



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont
Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ
รหัสโครงการ : U029q/58_EXP
หัวหน้าโครงการ : นายศิริทัศน์ กระदानพล
สถาบันที่สังกัด : โรงพยาบาลตากสิน สังกัดสำนักการแพทย์

ลงชื่อ.....*พิระพงษ์*.....

(นายพิระพงษ์ สายเชื้อ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....077.....

ให้ไว้ ณ วันที่..... 26 ตุลาคม 2558.....

หมดอายุ วันที่..... 25 ตุลาคม 2559.....

ประเภทของการรับรอง : ครั้งแรก แก้ไขโครงการวิจัย ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ - สกุล นายศิริทัศน์ กระदानพล
- ที่อยู่ ๕/๑๙ ม.๙ ต.ไร่ขิง อ.สามพราน จ.นครปฐม
- ที่ทำงาน โรงพยาบาลตากสิน ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ
- ประวัติการศึกษา
- พ.ศ. ๒๕๔๘ สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- พ.ศ. ๒๕๕๖ ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาเภสัชศาสตร์และการบริหาร มหาวิทยาลัยศิลปากร อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
- ประวัติการทำงาน
- พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๔๙ เภสัชกรประจำโรงพยาบาลธนบุรีศรีแก่ง อำเภอแก่ง จังหวัดระยอง
- พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๑ เภสัชกรประจำโรงพยาบาลลาดพร้าว เขตลาดพร้าว จังหวัดกรุงเทพฯ
- พ.ศ. ๒๕๕๑ - ปัจจุบัน เภสัชกรประจำโรงพยาบาลตากสิน เขตคลองสาน จังหวัดกรุงเทพฯ

