

แบบฟอร์มสมัครประเภทนวัตกรรมการบริการ

โปรดกรอรายละเอียดเกี่ยวกับผลงานที่ขอรับรางวัล ดังนี้ (กรุณา ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมให้ครบถ้วน)

- เป็นผลงานการให้บริการที่เป็นการสร้างบริการใหม่ การให้บริการในรูปแบบใหม่ สร้างกระบวนการใหม่ การออกแบบนโยบายหรือประยุกต์ใช้เครื่องมือนโยบายใหม่ หรือเป็นการวางระบบใหม่ หรือเทคโนโลยีใหม่ ในการให้บริการ
- เป็นผลงานที่นำไปใช้แล้วจริง และมีผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถตรวจสอบได้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี (ในวันที่ปิดรับสมัคร)
 - นำผลงานไปใช้แล้วจริงเมื่อ.....ปี 6 พฤษภาคม พ.ศ.2552.....

ชื่อผลงาน : QCU บ้านหลังที่สองของผู้ป่วยมะเร็ง

ชื่อส่วนราชการ :กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบผลงาน : ...โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.....

ชื่อผู้ประสานงาน...นางเข็มจิต มุกดาดี.... ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....

สำนัก/กอง ...กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล...เบอร์โทรศัพท์02-5461960 ต่อ 6012, 2020.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....0865136381..... เบอร์โทรสาร.....02-5461968.....

e - Mail.....por.mcc@hotmail.com.....

รายงานผลการดำเนินการ

โปรดสรุปรายงานผลการดำเนินการ โดยมีความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4 ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และอยู่ในรูปแบบ .doc หรือ .docx เท่านั้น โดยครอบคลุมประเด็นการประเมิน 4 ส่วน ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ประเด็นที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ.๒๕๕๑ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ได้เปิดให้บริการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ารับการดูแลรักษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่มีการรักษาใดๆ เพิ่มเติม นอกจากการดูแลรักษาตามอาการ เข้ามารับการดูแลในหอผู้ป่วยเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งเสียชีวิต เนื่องจากญาติไม่มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้อยู่หรือใกล้ชิดกับครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้บริหารและทีมงานตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชบุรี กรมการแพทย์ จึงมีแนวคิดที่จะจัดตั้งหน่วยดูแลแบบประคับประคองและ Hospice ward ขึ้น เพื่อให้เป็นรูปแบบและสถานที่สำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยได้รับการสนับสนุนทุนจากมูลนิธิกาญจนบารมี ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ ให้ส่งบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลไปศึกษาดูงานด้าน Palliative and Hospice care ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาจัดตั้งและดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชบุรี เนื่องจากในขณะนั้นในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่มีการดำเนินการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะการดูแลแบบ Hospice care อย่างเป็นทางการและเป็นระบบและรูปธรรม



1.2 ปัญหาที่มีขอบเขตหรือผลกระทบในระดับใด เช่น ระดับพื้นที่ หน่วยงาน ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ เป็นต้น โปรดอธิบายข้อมูลประกอบ รวมทั้งระบุประชาชนหรือผู้รับบริการที่ได้รับผลกระทบ (เป็นใคร จำนวนเท่าใด)

ประเทศไทยเป็นประเทศที่เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาหลายปี และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคเอดส์ เพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ของไทยจะก้าวหน้าไปมาก และมีการนำเครื่องมือต่างๆทางการแพทย์จากเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีเครื่องมือเหล่านี้ และอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเพิ่มความวิตกกังวลให้กับญาติและครอบครัว ยังพบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะนี้มีตัวเลขที่สูงมาก หลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์จะสอนให้แพทย์รักษาคนไข้ให้หายจากโรค แพทย์ส่วนใหญ่จึงเน้นการรักษาเป็นหลัก แต่เมื่อรักษาไม่หายแล้วแพทย์ก็ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยต่ออย่างไร ต้องดูแลแบบประคับประคอง ในความเข้าใจของคนไข้คือกลับบ้านไปดูแลตนเอง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังมีศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยและทีมแพทย์ไม่รู้จัก palliative care จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างทรมานโดยไม่ได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และเป็นภาระกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมหาศาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลตั้งแต่รู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่ได้อาจอยู่ได้ไม่นาน เช่น ไม่เกิน ๖ เดือน หรือ ๑ ปี ซึ่งเป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลือดีที่สุดเท่าที่จะทำได้อีกสิ่งหนึ่งที่ยังพบว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของสังคมไทยคือ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง แพทย์มักจะไม่บอกคนไข้โดยตรง โดยเฉพาะคนไข้สูงอายุแต่จะมาบอกกับญาติก่อน แล้วขึ้นอยู่กับญาติว่าจะบอกคนไข้อย่างไร ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่รู้ว่าเวลาของตัวเองเหลือน้อยแล้ว ผู้ป่วยจึงไม่ได้เตรียมตัวและยังไม่มีโอกาสที่จะได้ทำในสิ่งที่ตัวเองอยากทำ ไม่มีสิทธิเลือกการรักษาที่เขาต้องการ เพราะการตัดสินใจทุกอย่างอยู่ที่ญาติทั้งหมด

ประเด็นที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ/โอกาสในการพัฒนา

2. อธิบายแนวคิด/นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา หรือโอกาสในการพัฒนาจากปัญหา โดยเน้นแนวคิด/นวัตกรรมที่มีความแตกต่างจากหน่วยงานอื่นๆ หรือหน่วยงานในสังกัดเดียวกันแต่ต่างพื้นที่

จากประสบการณ์การศึกษาดูงานพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการจัดตั้ง และให้การดูแลผู้ป่วยในแบบ Hospice ward เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลที่ค่อนข้างจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยและญาติจะได้รับการเตรียมความพร้อมในทุกๆด้าน เพื่อให้สามารถกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ โดยมีทีมเยี่ยมบ้านและอาสาสมัครคอยให้การดูแลติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ดูแลครอบครัวและญาติผู้ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยให้อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาสาสมัครทุกคนจะผ่านการอบรมและลงทะเบียนเข้าเป็นอาสาสมัคร มีเข็มยกย่องเชิดชูเกียรติให้ตามประสบการณ์และชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย ภายในตัวอาคารได้จัดเป็นห้องพักผู้ป่วยจำนวน ๘ ห้อง จะมีพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ๑ คน ทีมอาสาสมัครที่เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยทุกวัน ตั้งแต่พูดคุย พาเดินเล่น หรือช่วยทำอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามการนำแนวคิดและรูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน Hospice ward กลับมาพัฒนาใช้ในประเทศไทยอาจเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องสถานที่ อัตรากำลังของบุคลากรด้านการแพทย์ที่จะเข้ามารับผิดชอบและปฏิบัติงาน การจัดตั้ง Hospice ward อาจต้องใช้ต้นทุนค่าใช้จ่ายในเรื่องของการดำเนินการด้านสถานที่ที่จะจัดเตรียม ปรับปรุงหรือตกแต่งให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีลักษณะคล้ายบ้านมากที่สุด มีห้องหรือสถานที่ที่แบ่งแยก เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนห้องหรือเตียงที่มากเกินไป (ประมาณ ๘-๑๒ ห้อง) เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการเตรียมความพร้อมเพื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับ ครอบครัวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามในส่วนของ Hospice ward จะมีค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นๆที่ค่อนข้างต่ำ คือจะไม่มีเครื่องมือที่ราคาแพง เช่น เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น การทำงานจะเป็นแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครและเน้นให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ วิทยาลัยการแพทย์ จึงได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อนำมาใช้ในการจัดตั้ง Hospice ward โดยการปรับปรุงอาคารบำบัด ๑ (อาคารบดินทรเทพวรางกูร) ซึ่งเป็นอาคารชั้นเดียว และเคยเปิดให้บริการเป็นหอผู้ป่วยสามัญ โดยการออกแบบและปรับปรุงใหม่ มีการกั้นแบ่งเป็นห้องต่างๆ จำนวน ๑๖ ห้อง สำหรับใช้เป็นห้องพักผู้ป่วยและเป็นห้องสำหรับทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินการปรับปรุงแล้วเสร็จและเปิดให้บริการในปีต่อมาโดยใช้ชื่อว่า “Hospice ward” ซึ่งการใช้ชื่อนี้ อาจไม่คุ้นชินสำหรับเจ้าหน้าที่ในขณะนั้น จึงได้มีการเปลี่ยนและเรียกชื่อใหม่เป็นภาษาไทยว่า “หอผู้ป่วยระยะสุดท้าย” พบว่าการใช้ชื่อนี้ทำให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อมาจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น “หอผู้ป่วยองค์รวม” และเมื่อ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “หออภิบาลคุณภาพชีวิต” (Quality of life care unit : QCU) จึงได้ใช้ชื่อนี้มาจนถึงปัจจุบัน



3. อธิบายวิธีการนำไปปฏิบัติ ว่ามีกระบวนการหรือขั้นตอนอย่างไร มีกลุ่มหรือภาคส่วนใดเข้ามาเกี่ยวข้อง ในขั้นตอนใดบ้าง อย่างไร

ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการดูแลในหออภิบาลคุณภาพชีวิต (QCU) จะต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่โรคลุกลามไปมากแล้ว และแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยและคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน การดูแลจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยวิธีที่เรียบง่ายไม่เน้นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ซับซ้อนและมีราคาแพง เน้นการดูแลจากคนซึ่งหมายถึงบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพโดยครอบคลุมแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่

การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหา
 วชิราลงกรณธัญบุรี มีรูปแบบและองค์ประกอบดังนี้

Wheel of Caring



๑. **Staff Physicians** : แพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จะเป็นแพทย์ที่ส่งผู้ป่วยเข้าดูแลใน
 หออภิบาลคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเป็นแพทย์เจ้าของไข้และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๒. **Hospital service** : เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์
 หลักคือการเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พร้อมกลับไปใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายที่บ้านจะให้การดูแลผู้ป่วยตาม
 รูปแบบCare map ๑๔ days โดยทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ นอกจากการดูแลด้านร่างกาย
 แล้วผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ



หุ่นจำลอง สำหรับสอนญาติ



สอนและฝึกปฏิบัติญาติ
 เพื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

๓. **Volunteers** :อาสาสมัครที่เข้าช่วยดูแลหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย

๔. **Counseling and Social Support** : ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรคมักต้องเผชิญกับความ
 กลัวความเครียด วิตกกังวล การต้องพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก การดูแลต้องเอาใจใส่
 พุดคุย ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ และสามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

๕. **Child Assistance** : ผู้ป่วยบางรายอาจมีบุตรหลานที่อยู่ในวัยเยาว์ ซึ่งบุตรหลานอาจมีความ
 ผูกพันกับผู้ป่วยและอาจไม่ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลต้องประเมินและให้การดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้า
 รับการรักษาและต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและภายหลังเสียชีวิตแล้ว

๖. Bereavement Services : ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลจะยังให้การดูแลญาติที่ใกล้ชิด หรือสนิทกับผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ ๖ เดือน เพื่อประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือด้าน จิตใจ ให้อยอมรับต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตญาติสนิทหรือผู้ใกล้ชิดจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ ๒ เดือน ในการยอมรับต่อการสูญเสียที่ เกิดขึ้น

๗. Home care : ภายหลังจากที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมขณะรับการดูแลรักษาในหอ อภิบาลคุณภาพชีวิตแล้วเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร นักสังคม สงเคราะห์ อาสาสมัคร จะติดตามดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต กรณีที่ผู้ป่วยมี อาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยสามารถกลับเข้ามารับการดูแลที่หออภิบาลคุณภาพชีวิตได้ ญาติจะติดต่อกับพยาบาลผู้ดูแลได้โดยตรง และสามารถกลับเข้ามาอนรับการดูแลที่หออภิบาลคุณภาพชีวิต ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการบริการและการดูแลที่จะได้รับอย่างต่อเนื่อง

นอกจากกิจกรรมการดูแลดังกล่าวข้างต้นแล้ว หออภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมหาชิราลง กรณธัญบุรี ยังได้มีการพัฒนาและนำกิจกรรมอื่นๆ เข้ามาดำเนินการเพื่อเป็นทางเลือกและตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กิจกรรมกิจกรรมเพื่อนสุนัข และศิลปะเพื่อความผ่อนคลาย เป็นต้น



“กิจกรรมเพื่อนสุนัข”

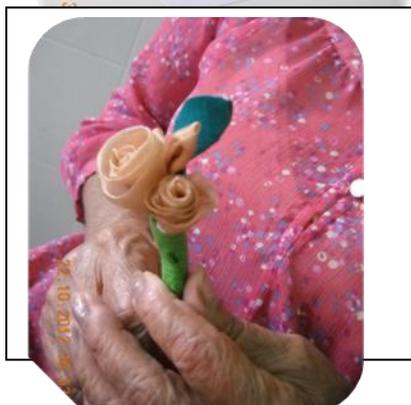
Buddy และ Honey สุนัขพันธุ์ลาบราดอร์ รีทรีฟเวอร์ จะเข้าเยี่ยมและเป็นเพื่อนเล่นกับ ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึก เพลิดเพลินและผ่อนคลายจากความเครียด



“กิจกรรมศิลปะเพื่อความผ่อนคลาย”

เป็นกิจกรรมการทำศิลปะในรูปแบบต่างๆ เช่น การวาด ภาพ การปั้นดินน้ำมัน การร้อยลูกปัด การเย็บปักถักร้อย เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเครียดและ ลดความวิตกกังวล

โดยจะมีทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านศิลปะบำบัดคอยให้ การดูแลและประเมินผลงานหรือการทำกิจกรรมศิลปะของผู้ป่วยหรือ ญาติ ซึ่งการทำกิจกรรมศิลปะนี้ไม่ได้มุ่งเน้นที่ความสวยงาม แต่จะ เน้นผลงานที่มาจากความคิด ความรู้สึก หรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการที่จะ ถ่ายทอดและสื่อออกมา ซึ่งในบางครั้งจะเชื่อมโยงและเป็นที่มาของ การค้นหาความต้องการในส่วนลึก ความวิตกกังวลกับสิ่งที่ยังค้างคา และความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย



โครงการ “Last wish” เพื่อค้นหาและตอบสนอง
ความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย...



ประเด็นที่ 3 ผลผลิต/ผลลัพธ์ เชิงประจักษ์

4. ผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญจากการดำเนินโครงการคืออะไร อธิบายให้ชัดเจนในเชิงสถิติ รวมทั้งแสดงตัวชี้วัดที่ในการวัดความสำเร็จของโครงการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญในทุกรายละเอียด ทีมบุคลากรต้องเอาใส่ใจและต้องดูแลเพื่อให้การตอบสนองที่รวดเร็วต่อความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากผลการดำเนินงานพบว่า

1. พบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลคุณภาพชีวิตประมาณ ๑,๒๐๐ บาทต่อวัน หอผู้ป่วยในแบบสามัญประมาณ ๑,๖๐๐ บาทต่อวัน และค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประมาณ ๑,๘๐๐ บาท ต่อครั้ง (สัปดาห์ละครั้ง) จะทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๖ เท่า เมื่อเทียบกับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพเพิ่มขึ้น(เปรียบเทียบกับก่อน – หลัง) ๓ ปีซ้อนหลัง (ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๑) ดังนี้ ๘๓.๑๘% , ๙๖.๔๓% , ๘๗.๖๗% ตามลำดับ
3. จากงานวิจัยเรื่อง ความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลด้วยสุนัขนำบำบัด พบว่าระดับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลด้วยสุนัขนำบำบัด เพิ่มขึ้น และ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลด้วยสุนัขนำบำบัดมีระดับคงเดิมแต่มีแนวโน้มคง

5. ประโยชน์ที่ประชาชน/ผู้รับบริการได้รับจากโครงการ มีอะไรบ้าง

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้าน ร้อยละ 92.32
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 80
- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น

6. มีการประเมินผลที่เป็นทางการจากหน่วยงานเองหรือหน่วยงานภายนอกหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี มีการประเมินจากหน่วยงานภายนอก และได้รับรางวัล ดังนี้

- ปี 2561 ได้รับรางวัล Clean and Green
- ปี 2555 ได้รับรางวัล SHA Award จาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA)

- ปี 2554 ได้รับรางวัล Healing Environment Award
- ปี 2553 ได้ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)

นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรียังเป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศและต่างประเทศ เป็นแหล่งฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับสถาบันบันการศึกษา รวมถึงหลักสูตรของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

7. มีแนวทางการจัดการผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการอย่างไร

การดูแล Palliative and Hospice care ในปัจจุบันค่อนข้างมีความหลากหลาย เช่นในประเทศสิงคโปร์ พบว่ามีหน่วย Palliative care ในทุกโรงพยาบาล แต่ไม่มี Hospice ward ในกรณีที่จะต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็จะมีการส่งต่อไปยัง Hospice hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระยะสุดท้าย และกรณีเยี่ยมบ้านก็จะมีหน่วยงานพิเศษ ซึ่งให้บริการจำเพาะสำหรับเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะต่างกับรูปแบบที่จะดำเนินในประเทศไทย คือในทุกโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จะมี Palliative care unit และบางโรงพยาบาลจะมี Hospice ward ดังนั้นรูปแบบของประเทศไทย จะมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน ที่มี Palliative care unit ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระดับประคองในโรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านเมื่ออาการดีขึ้น และสามารถกลับไปรับการดูแลจากโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ในกรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้นอีก ซึ่งจะช่วยให้บรรลัวัตถุประสงค์หลักคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้าย และเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางครอบครัว ญาติ พี่น้อง โดยปราศจากความปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ได้รับการดูแลและการปฏิบัติตามหลักความเชื่อและศาสนาของตนเอง และได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากญาติและสังคมรอบข้างซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

นอกจากนี้ทักษะ ความรู้ของทีมสุขภาพซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่ยังพบว่าในบางพื้นที่บุคลากรยังขาดทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ประเด็นที่ 4 ความยั่งยืนของโครงการ

8. มีการดำเนินการ/แผนในการขยายผลโครงการไปยังหน่วยงานหรือพื้นที่อื่นๆ อย่างไร

จากนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่จะให้มีการกระจายการให้บริการการดูแลระยะสุดท้ายแก่ประชาชนคนไทย ทางกรมการแพทย์จึงได้ดำเนินการ จัดการประชุมเพื่อชี้แจงนโยบาย ชี้แจงการดำเนินงานของ Palliative and hospice care ตลอดจนแจกคู่มือการปฏิบัติงาน Practice guideline for palliative and hospice care Version ๑ เพื่อเป็นคู่มือและแนวปฏิบัติ โดยผลที่คาดว่าจะได้รับคือ มีการจัดตั้ง Palliative care unit หรือหน่วยเวชกรรมประคับประคอง, มีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยมีตัวบ่งชี้คือ จำนวนหน่วยที่มีการจัดตั้งในรพศ. รพท. , จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน และจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ มิติด้านร่างกายด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นเวลานานมากกว่า ๑๐ ปี และยังเป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ Hospice ward แห่งแรกของประเทศไทย มีแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตสุขภาพที่ ๔ โดยการสนับสนุนด้านองค์ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและนำกลับไปพัฒนา

หน่วยงานให้มีมาตรฐานการเดียวกันตามบริบทของแต่ละชุมชน ได้แก่ การจัดโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ๑-๒ สัปดาห์ หลักสูตรเฉพาะทาง ๔ เดือน และหลักสูตรการฝึกอบรมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

มีการดำเนินการรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขยายไปยังหน่วยงานอื่นในเขตสุขภาพที่ ๔ ได้แก่ โรงพยาบาลนครนายก และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

9. อธิบายผลงานที่มีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติอย่างไร

ปัจจุบันสังคมไทยมีการแพทย์ที่เจริญขึ้นมาก ในอนาคตจะเป็นสังคมผู้สูงอายุซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลที่พิเศษเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ในกลุ่มคนเหล่านี้ก็จะมีปัญหาที่มากขึ้นในเรื่องของการดูแลระยะสุดท้าย เช่นกัน ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งปัจจุบันมีอัตราการตายถึงประมาณ ๑๐๐ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า ๖๐,๐๐๐ รายต่อปี และจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายทั้งสิ้น กรณีที่มีการให้บริการ Palliative and Hospice care ในทุกโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลอย่างดีทั้งการดูแลตามอาการ ไม่ทนทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ได้รับการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ครอบครัวมีความพร้อมที่จะต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก