

การประเมินจิตสังคมสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในงานดูแลผู้ป่วย

แบบฉบับประกอบ

สุกัญญา มีสกุลทอง *

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 17 เมษายน พ.ศ.2563

วันที่แก้ไขบทความ 9 พฤษภาคม พ.ศ.2563

วันที่ตอบรับบทความ 10 พฤษภาคม พ.ศ.2563

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวให้สามารถผ่านความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการประเมินจิตสังคมในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่า งานบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มีจุดมุ่งหมายในการสนับสนุนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวและมีชีวิตอย่างมีคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจิตสังคมมี 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) การประเมินจิตสังคมในเชิงคุณภาพ (2) การประเมินจิตสังคมในเชิงปริมาณ จุดร่วมที่เหมือนกัน คือมีการประเมินผู้ป่วย ครอบครัว และบริบทแวดล้อมที่เป็นแหล่งสนับสนุน แต่การประเมินเชิงคุณภาพ เน้นรายละเอียดและประเมินอย่างเป็นองค์รวม ต่างจากการประเมินเชิงปริมาณที่เน้นเรื่องเฉพาะเจาะจง และประเมินเป็นค่าคะแนน จึงเป็นประโยชน์ในการประมวลผลและการสรุปข้อมูลเชิงสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม การประเมินแต่ละแบบมีข้อจำกัด ความละเอียดและความครอบคลุมของการประเมินเชิงคุณภาพจะขึ้นอยู่กับทักษะของนักสังคมสงเคราะห์ ส่วนการประเมินเชิงปริมาณต้องใช้การตีความข้อคำถาม ขาดข้อคำถาม การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและผู้ดูแล และอาจไม่ได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพราะสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยหรือไม่เต็มใจตอบแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะในการประเมินจิตสังคม คือ การผสมผสานระหว่างวิธีการประเมินเชิงคุณภาพและการประเมินเชิงปริมาณ โดยนักสังคมสงเคราะห์ควรใช้การประเมินเชิงคุณภาพก่อนแล้วจึงประเมินเชิงปริมาณ และใช้การประเมินเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณซ้ำเพื่อประเมินเชิงลึกและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง

คำสำคัญ: การประเมินจิตสังคม, นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, การดูแลแบบประคับประคอง

Psychosocial Assessment for Medical Social Worker in Palliative Care

Sukanya Meesakulthong *

Faculty of Social Administration, Thammasat University

Received 17 April 2020

Received in revised 9 May 2020

Accepted 10 May 2020

Abstract

Palliative care is an approach that improves the quality of life for end-stage patients and their family for overcoming obstacles with the help of interdisciplinary team. The purpose of this article is to review literature about psychosocial assessment in palliative care.

The result showed that objective of medical social work services is medical support for helping patients and their family adjust and live with well-being. It harmonizes with palliative care approach. Based on medical social work, psychosocial assessment tool has two important characteristics (1) qualitative assessments (2) quantitative assessments. Both tools provide guidelines for assessing patients, their family and social support. Qualitative assessments providing details and evaluations in holistic while quantitative assessments focus on specific factors and scale assessment. It is useful in terms of data processing and statistical summarization. Nevertheless, each type of evaluation has different limitations. The resolution and coverage of the qualitative assessments depend on the skills of the medical social worker and quantitative assessments have limitations on interpretation of questions, lack of questions regarding coping of patients and caregivers, and may not allowed by patients and primary caregiver because their physical conditions are not conducive to answering the questionnaire or unwilling to answer the questionnaire.

The suggestion for psychosocial assessments in palliative care is the combination of qualitative assessments and quantitative assessments. Social workers should qualitatively assess before quantitative assess and repeated qualitative assessments and quantitative assessments to assess in depth and compare change.

Keyword: Psychosocial assessment, Medical social worker, Palliative care

*Corresponding author: sukanya_mee@hotmail.com DOI: 10.14456/tujournal.2020.15

บทนำ

ในทางประชากรศาสตร์ การตายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่ทำให้ขนาด โครงสร้าง และการกระจายตัวของประชากรเปลี่ยนแปลงไป (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543) การศึกษาเรื่องการตายของประชากรสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา โดย Omran (1971) ศึกษาโรคและสถิติเกี่ยวกับสาเหตุการตายของคนในประเทศอังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น ชิลี และศรีลังกา และพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการตายของคนในกลุ่มประเทศต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะเป็นขั้นตอน โดยการเปลี่ยนแปลงแบ่งออกเป็น 3 ยุค ได้แก่

ยุคที่ 1 ยุคโรคระบาดและความอดอยาก เป็นยุคที่อัตราการตายมีความผันผวน สาเหตุการตายมาจากโรคติดต่อ เช่น วัณโรค โรคท้องร่วง อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด¹ ของคนอยู่ระหว่าง 20-40 ปี

ยุคที่ 2 ยุคโรคระบาดลดลง เป็นยุคที่การตายจากโรคระบาดลดลงและจำนวนประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเป็น 30-50 ปี

ยุคที่ 3 ยุคการเสื่อมสภาพและโรคที่มนุษย์สร้างขึ้น เป็นยุคที่การตายลดลงและคงอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุการตายมาจากโรคเรื้อรังซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นมากกว่า 50 ปี

ทั้งนี้ อัตราการเปลี่ยนแปลงของแต่ละประเทศเกิดขึ้นช้าเร็วไม่เท่ากัน และความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงจากยุคหนึ่งไปสู่ยุคหนึ่งเกิดเร็วขึ้น (Omran, 1971) เมื่อพัฒนาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าและทำให้คนมีอายุยืนขึ้นหรือมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น แต่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงพบว่า มีทั้งคนที่มีความสุขดี ดูแลตนเองได้ และคนที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

องค์การอนามัยโลก (2018) รายงานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า มีผู้ป่วยประมาณ 40 ล้านคนต่อปีที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่มีผู้ป่วยเพียง 14% ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดในระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียง 20 ประเทศจาก 234 ประเทศที่มีการให้การดูแลแบบประคับประคองโดยอุปราศสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการเกิดทั้งในระดับนโยบาย เช่น การดูแลแบบประคับประคองไม่ได้จัดอยู่ในนโยบายสุขภาพของประเทศ ขาดการตระหนักในความสำคัญและ

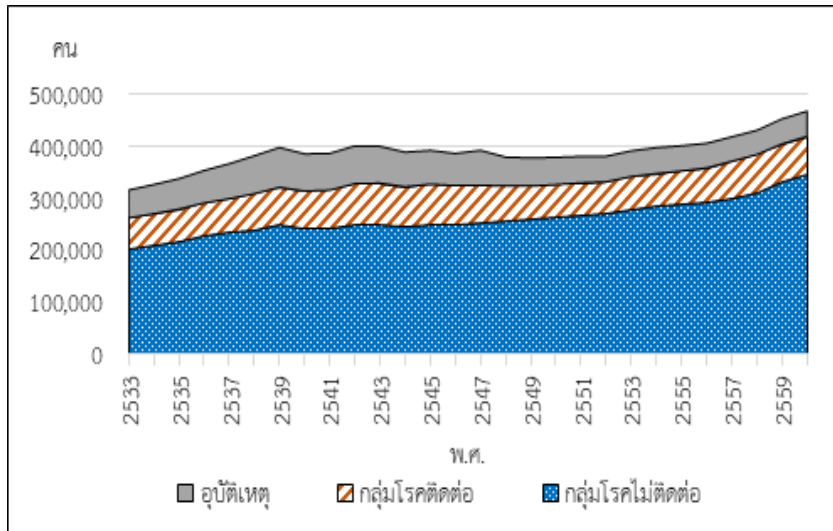
¹ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด หมายถึง อายุที่คาดว่าคนจะมีชีวิตโดยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2557)

ไม่เห็นประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วย ในระดับการปฏิบัติงานพบว่า มีข้อจำกัดในการอบรมเจ้าหน้าที่ การเข้าไม่ถึงยาระงับปวด และในระดับสังคมพบว่า ค่านิยมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตายของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ตลอดจนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองว่า จะต้องเป็นบริการที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตภายในเวลา 1 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคองได้รับการสนับสนุนในหลักนโยบาย โดยปรากฏในกฎหมายหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลายสาขา โดยเฉพาะมาตราที่ 12 ที่ระบุสิทธิในการแสดงเจตจำนงในการเลือกการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) จากนโยบายส่งผลต่อเนื่องกับการปฏิบัติงานที่จะต้องกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานให้ชัดเจน สำหรับงานสังคมสงเคราะห์ที่เป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการให้บริการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และเน้นการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นงานเชิงคุณภาพ มีความยืดหยุ่นตามผู้ป่วยซึ่งเป็นศูนย์กลางของการทำงานและบริบทแวดล้อม งานวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและเครื่องมือที่นักสังคมสงเคราะห์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยจากงานวิชาการและบันทึกการทำงานสังคมสงเคราะห์ และคาดหวังว่างานวิชาการฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ที่ต้องการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินจิตสังคมที่จะใช้บันทึกข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการทำงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานและในประเทศ

สถานการณ์ด้านสุขภาพในประเทศไทย

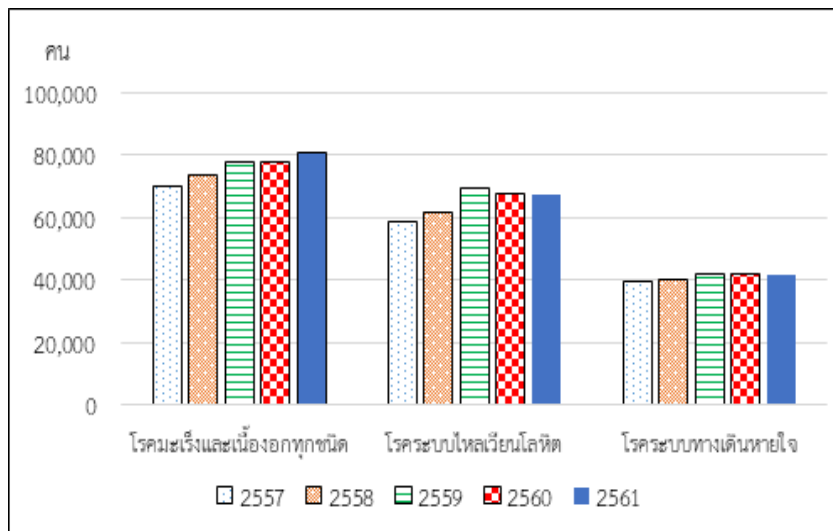
ประเทศไทยที่มีพัฒนาการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาสัดส่วนผู้เสียชีวิตในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งประเทศไทยได้เป็นสังคมสูงวัยแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2543 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) เมื่อพิจารณาตามสาเหตุการเสียชีวิตพบว่า สาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือโรคเรื้อรังมาตลอดระยะเวลากว่า 3 ทศวรรษ ยิ่งไปกว่านั้น ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่า ในอนาคตประเทศไทยจะมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ภาพประกอบ 1) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) รายงานจำนวนการเสียชีวิตของคนไทย พบโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ โดยการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและเนื้องอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนโรคระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2559-2559 และลดลงมาเล็กน้อยในปีถัดมา และ

การเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจค่อนข้างคงที่ (ภาพประกอบ 2) จากสาเหตุการเสียชีวิตดังกล่าวให้ข้อสังเกตว่า การรักษาพยาบาลโรคดังกล่าวจะใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีช่วงเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานขึ้น และเพิ่มโอกาสการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต



ภาพประกอบ 1 จำนวนผู้เสียชีวิตในประเทศไทย พ.ศ. 2533-2560 จำแนกตามกลุ่มโรค

ที่มา: คำนวณจาก Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018



ภาพประกอบ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค 3 อันดับแรกในประเทศไทย พ.ศ. 2557-2561

จำแนกตามกลุ่มโรค

ที่มา: คำนวณจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมและปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเป็นจุดสังเกตที่ชัดเจนเมื่อการดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอวัยวะต่าง ๆ จะค่อย ๆ เสื่อมถอย ทำหน้าที่ได้ลดลง กระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลดลง มีอาการอ่อนเพลีย การมีสติรู้ตัวลดลง หายใจติดขัด บางรายมีอาการเพ้อ เนื่องจากสารเคมีในเลือดเปลี่ยนแปลงไป และร่างกายพยายามปรับสมดุลต่าง ๆ เพื่อเก็บพลังงานไว้สำหรับอวัยวะที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การเต้นของหัวใจ แต่อย่างไรก็ตาม การเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ เกิดขึ้นช้าเร็วไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับโรคและสุขภาพของผู้ป่วย (สายพิน หัตถิรัตน์, 2552) ในทำนองเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมหรือการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเกิดขึ้นร่วมกันกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย Elisabeth Kubler-Ross จิตแพทย์ชาวสวิสได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยในโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึก นึกคิด และแสดงพฤติกรรม โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ (Kubler-Ross, 1969/2525) ได้แก่

ระยะที่ 1 การปฏิเสธและการแยกตัว (Shock and Denial)

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หายแล้วจะรู้สึกสะเทือนใจ คิดว่าอาจมีความผิดพลาดในขั้นตอนการวินิจฉัยบางอย่าง ผู้ป่วยบางรายที่รับรู้การวินิจฉัยโรคจากแพทย์ที่ตนเองไม่ได้มีสัมพันธภาพที่ดีมาก่อนจะมีการปฏิเสธที่รุนแรงมากกว่า และขอให้มีการตรวจซ้ำใหม่หรือเปลี่ยนแพทย์เพื่อวินิจฉัยใหม่ หรือบางรายจะปิดการรับรู้ชั่วคราวเพื่อเลื่อนการรับความจริงนี้ออกไปก่อน

ระยะที่ 2 การแสดงความโกรธ (Anger)

ในกรณีที่ผู้ป่วยผ่านระยะการปฏิเสธมาได้แล้ว แต่ยังไม่สามารถปรับตัวและยอมรับได้ ผู้ป่วยจะแสดงความโกรธและอาจโทษบางคน บางอย่างที่ทำให้ตนเองต้องกลายเป็นคนอ่อนแอ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มาก การสื่อสารอย่างใจเย็นและเข้าใจผู้ป่วยของคนใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญมาก หากคนใกล้ชิดเข้าใจและมีการสื่อสารที่ดีจะช่วยลดความโกรธของผู้ป่วยลงและทำให้ระยะนี้ให้สิ้นสุดเร็วขึ้นได้

ระยะที่ 3 การต่อรอง (Bargaining)

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการคล้ายกับเด็กที่แสดงการต่อรองเพื่อให้ได้อะไรบางอย่างจากพ่อแม่ พฤติกรรมการต่อรองเพื่อให้ตนเองได้ในบางสิ่งที่ต้องการจากผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น คล้ายกับได้มีความหวังกลับมาอีกเล็กน้อย แต่หากตนไม่ได้

ในสิ่งที่ต้องการก็จะแสดงอาการโกรธ กล่าวคือ มีพฤติกรรมกลับไปในระยะก่อนหน้าอีกครั้ง จากนั้นจะวนกลับมาสู่การต่อรองใหม่

ระยะที่ 4 ความซึมเศร้า (Depression)

เมื่อโรคดำเนินต่อเนื่องและเริ่มเข้าสู่การรักษาพยาบาลที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตไปจากเดิม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องปรับกิจกรรมหรือกิจวัตรที่ตนเองเคยทำได้ไปเพื่อใช้เวลากับการรักษาพยาบาล เช่น ไม่สามารถดูแลบุตรด้วยตนเองได้ในบางช่วงเวลาทำงานลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีผลกระทบด้านการเงินอันเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้ การมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความเครียดเรื่องการจัดการในชีวิตตนเองและครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอน สิ้นหวังกับอนาคต ระยะนี้จึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางจิตใจและแสดงออกถึงความเศร้ามากที่สุด

ระยะที่ 5 การยอมรับ (Acceptance)

เมื่อผ่านทั้งสี่ระยะมาได้แล้วและความทุกข์ทรมานจากการรักษาได้ผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มเข้าใจสถานการณ์ตนเองและยอมรับการเจ็บป่วย การแสดงออกของผู้ป่วยในระยะนี้จะไม่รู้สึกมีความสุขหรือมีความทุกข์ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้คนมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการพูดคุยนาน ๆ แต่ต้องการความอุ่นใจจากการอยู่ใกล้กันเพื่อให้รู้สึก ไม่โดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว บุคคลใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน โดยครอบครัวเป็นกลุ่มคนแรกที่มีบทบาทเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและจำเป็นต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด ปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนดูแลคือ ความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแล (Rakic et al., 2018) การแยกตัวออกจากสังคมของตนเอง ผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงาน และปัญหาด้านการเงิน (Veloso & Tripodoro, 2016) จากปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลจึงต้องการให้มีคนมาช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจำพวกค่าเดินทาง ตลอดจนความต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง และการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ (อรรถกาญจน์ ธนวิสิษฐกุล, 2556)

การเชื่อมโยงการปฏิบัติงานกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

แม้ว่าการตายจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและเป็นเงื่อนไขที่ทุกคนต้องประสบในวันหนึ่งของชีวิต แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เอื้อให้คนคนมีชีวิตยืนยาวขึ้น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายจึงย้ายเข้าสู่การรักษาพยาบาลอย่างเป็นทางการในสถานพยาบาล St. Christopher's Hospice ในสหราชอาณาจักร ก่อตั้งขึ้นเมื่อ ค.ศ.1967 (พ.ศ. 2510) โดย Cicely Saunders ซึ่งเป็นพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ โดยเป็นสถานพยาบาลแห่งแรก

เปิดเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเสียชีวิตของคนในสังคมอังกฤษจากที่บ้านมาเป็นที่โรงพยาบาล ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการด้านการควบคุมความเจ็บปวดและการดูแลด้านจิตวิญญาณ และพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับใช้มอร์ฟินเพื่อควบคุมความเจ็บป่วย ตลอดจนพัฒนาโมเดลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชนในกรณีผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Baines, 2011) ต่อมาการดูแลแบบประคับประคองได้ขยายความร่วมมือไปยังประเทศต่าง ๆ มีการรวมกลุ่มสถาบันทางการแพทย์ในระดับภูมิภาคเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับนโยบาย การบริหารจัดการ การปฏิบัติงานตรง และงานวิชาการ ยกตัวอย่างเช่น The Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN) เป็นเครือข่ายที่ส่งเสริมความรู้ การพัฒนาทักษะ ความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตเอเชียแปซิฟิกผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุมวิชาการ การอบรม การศึกษาดูงาน การวิจัย การจัดหาทรัพยากร การนำเสนอข้อมูล การเชื่อมโยงบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศต่าง ๆ (APHN, 2020)

สำหรับประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคองเริ่มในกลุ่มงานวิชาการโดยการจัดการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อ พ.ศ. 2525 โดยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ มีการศึกษาดูงานในประเทศที่มีระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง การจัดให้มีการเรียนการสอนในหลักสูตรของวิชาชีพพยาบาล (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554) นอกจากนี้ยังมีเครือข่าย Palliative Care ในกลุ่มโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools Palliative Care Network, MS-PCARE) เพื่อสร้างความรู้ เครือข่าย และพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อเป็นเครือข่ายการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทุกระดับและองค์กรภาคประชาชน (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, 2563) สำหรับภาคประชาสังคมมีเครือข่ายพุทธิการ่วมกับเสมสิกขาลัย โรงพยาบาล วัด และชุมชนร่วมกันจัดกิจกรรม การอบรม การจัดนิทรรศการ และสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อสร้างการรับรู้และสนับสนุนให้เกิดการเตรียมความพร้อมในการเผชิญความตายอย่างสงบ โดยผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับหลักธรรมทางพุทธศาสนา (เครือข่ายพุทธิกา, 2561)

เมื่อเชื่อมโยงการปฏิบัติงานกับแนวคิดจะพบว่า การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกิดขึ้นจากการปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเจ็บป่วยจากเดิมผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ด้วยโรคติดเชื้อเป็นการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพถดถอย กระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ก็ยังไม่เสียชีวิตในทันที (Omran, 1971) แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ที่องค์การอนามัยโลกให้ความหมายแนวคิดนี้ว่าเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและครอบครัวที่ประสบปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตด้วยดูแล

ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ในช่วงแรก ตลอดจนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและรักษาความเจ็บปวด โดยการดูแลครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2014) ประเด็นที่น่าสนใจจากแนวคิดนี้ คือ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การรับบริการการดูแลระยะประคับประคองจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โลหิต โรคมะเร็ง โรคมะเร็งทางเดินหายใจ โรคเอดส์ โรคไตวายระยะสุดท้าย เป็นต้น (Palliative care Australia, 2020; WHO, 2016) พร้อมกันนี้ แนวคิดการทำงานด้วยทีมสหวิชาชีพที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขา เช่น แพทย์เฉพาะทางในสาขาต่าง ๆ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักบำบัด โดยการทำงานด้วยการแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นระหว่างวิชาชีพจะเป็นประโยชน์ให้เกิดการขยายการบริการที่ครอบคลุมและส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Vallath & Salins, 2017)

ดังนั้น เมื่อทบทวนย้อนกลับไปจะพบว่า การปฏิบัติงานเมื่อแรกเริ่มของการก่อตั้ง St. Christopher's Hospice จนถึง การปฏิบัติงานขององค์กรและเครือข่าย ล้วนมีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขกาย สบายใจ โดยใช้ความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในสถาบันทางการแพทย์ เช่น โรงพยาบาล สถานศึกษา และนอกสถาบันทางการแพทย์ เช่น สถาบันศาสนา เครือข่ายชุมชน ประชาชน ร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้ผ่านช่วงเวลายากลำบากได้

งานสังคมสงเคราะห์กับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง

งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เริ่มต้นขึ้นจากการที่แพทย์พบว่าปัญหาความยุ่งยากในชีวิตของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวและประวัติทางสังคมของผู้ป่วยจะช่วยให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จึงเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการให้ข้อมูลประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคมให้แก่แพทย์ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจน การประสานทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคกระทั่งถึงการรักษาพยาบาล (ชานนท์ โกมลมาลย์, 2560) ในปัจจุบัน งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ขยายไปถึงการดูแลด้านอารมณ์จิตใจที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานหรือการรักษาพยาบาลในโรคเฉพาะที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ งานสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายจึงยังคงเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้งานสังคมสงเคราะห์กลุ่มร่วมด้วยได้ ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับพยาบาลจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเป็นประจำทุกเดือนในหัวข้อการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน การศึกษาพยาบาล การดูแล และเป็นพื้นที่ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลได้แบ่งปันประสบการณ์ ในการรักษา การดูแล และเสริมพลังซึ่งกันและกัน (Vongvasinkul et al., 2018)

สำหรับงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่มี จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น (WHO, 2014) พบว่ามีความจำเป็นที่จะต้องประสานความร่วมมือ จากบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายในสังคม ไม่ว่าผู้ป่วยจะต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือ ที่บ้านล้วนต้องการบริการจากทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคม สงเคราะห์ นักจิตวิทยา และอาสาสมัคร (WHO, 2016) งานสังคมสงเคราะห์จึงเจาะลึกลงเพื่อ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยสรุปงานสังคมสงเคราะห์ในงาน ดูแลแบบประคับประคองได้ ดังนี้

- การค้นหาประวัติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยบทบาทนี้เป็นงานหลักที่ นักสังคมสงเคราะห์ต้องทำ ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์บางรายใช้การเยี่ยมบ้านประกอบการค้นหา ประวัติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวด้วย (ปริยานุช โชคธนะวิชัย, 2561)

- การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม โดยการประเมินครอบคลุมถึงภาวะอารมณ์ที่มีต่อ การเจ็บป่วย บทบาทและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รูปแบบการสื่อสารและการตัดสินใจใน ครอบครัว วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อ การศึกษาพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม ผู้ช่วยเหลือ ทรัพยากรหรือองค์กรที่ช่วยสนับสนุน ประสิทธิภาพการสูญเสียในอดีต ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตหรือ การฆ่าตัวตาย ความต้องการเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้อพยพ คนไร้บ้าน ความต้องการที่มีต่อบุคลากร ที่ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (National Association of Social Workers, 2004)

- การแจ้งข่าวร้ายและการวางแผนการให้บริการร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีม สหวิชาชีพด้วยการประชุมครอบครัว (กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดช, 2557)

- การให้คำปรึกษา ทั้งในกรณีการให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัวเพื่อการแก้ไข ปัญหาภาวะวิกฤต การจัดหาทรัพยากร การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล (National Association of Social Workers, 2004) การจัดการด้านการเงินและที่อยู่อาศัย (ปริยานุช โชคธนะวิชัย, 2561)

- การให้บริการจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น ศิลปะบำบัดเพื่อผ่อนคลาย และกลุ่มครอบครัว (ปริญญช ไซคอนวณิชย์, 2561)
- การประสานงานเพื่อส่งต่อและการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านและชุมชน (WHO, 2016)
- การติดตามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการติดตามภาวะอารมณ์ของครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (WHO, 2016; (ปริญญช ไซคอนวณิชย์, 2561; National Association of Social Workers, 2004)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจิตสังคมในกระบวนการต้นทางสังคมสงเคราะห์

การประเมินและวินิจฉัยเป็นกระบวนการที่สำคัญของการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ และมีผลต่อการระบุความต้องการที่แท้จริง การวางแผนให้บริการ (Taylor, 2012) และมีประโยชน์ในการประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยว่าบริการที่ได้มอบให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพ (Reese & Csikai, 2018) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจิตสังคมในกระบวนการต้นทางสังคมสงเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ (1) กลุ่มเครื่องมือพื้นฐาน เช่น พงศารัตนครอบครัว (Genogram) สำหรับการบันทึกประวัติครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและสมาชิกในครอบครัว แผนผังนิเวศ (Eco-map) สำหรับการค้นหาแหล่งทรัพยากรและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและหน่วยงานต่าง ๆ เส้นชีวิต (Life line) สำหรับการทบทวนเหตุการณ์สำคัญของชีวิตและทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด การแสดงพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อเนื่องถึงปัจจุบัน (2) กลุ่มเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ประเมินความต้องการเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในงานสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้ให้บริการชาวต่างชาติของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล ประกอบด้วย แบบประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคม แบบประเมินความเครียดของผู้ปกครอง และแบบประเมินความพร้อมของครอบครัว เพื่อใช้แสวงหาข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชาวต่างชาติ (กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล, 2559)

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองพบว่าในแต่ละวิชาชีพมีการใช้เครื่องมือเฉพาะเพื่อประเมินความต้องการเฉพาะที่ส่งผลต่อการจัดบริการที่เหมาะสมและแม่นยำ ยกตัวอย่างเช่น Palliative Performance Scale (PPS) ที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อแยกประเภทของผู้ป่วยเป็นระดับและใช้ประโยชน์ในการจัดบริการและอาหารที่เหมาะสม (Victoria Hospice Society, 2001) สำหรับการประเมินจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองพบว่าการประเมิน

จิตสังคมีลักษณะสำคัญ 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) การประเมินจิตสังคในเชิงคุณภาพ (2) การประเมินจิตสังคในเชิงปริมาณ

(1) การประเมินจิตสังคในเชิงคุณภาพ

การประเมินจิตสังคในเชิงคุณภาพเป็นการประเมินเพื่อให้ได้รายละเอียดของผู้ป่วยและบริบทแวดล้อม โดยมีประเด็นหลักและประเด็นย่อยเป็นกรอบการประเมินเพื่อนำข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ จากทีมสหวิชาชีพมาประกอบการวางแผนการดูแลในภาพรวม ตัวอย่างการประเมินในลักษณะนี้ คือ แนวทางการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Needs Assessment Guidance) จัดทำโดย National Clinical Programme for Palliative Care ประเทศไอร์แลนด์ โดยการประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคและการประกอบอาชีพ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ (National Clinical Programme for Palliative Care, 2014) ทั้งนี้ การประเมินด้านสังคและการประกอบอาชีพ และด้านจิตใจมีขอบข่ายครอบคลุม การประเมินด้านจิตสังค โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินด้านสังคและการประกอบอาชีพ โดยมีประเด็นย่อย ดังนี้

- การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ต้องดูแลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกคนอื่น ๆ
- การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคจากเพื่อน ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน เช่น ความถี่ในการพบกัน การช่วยเหลือจากกลุ่มคนเหล่านั้น ความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่มเติมจากกลุ่มคนเหล่านั้น
- การวางแผนการดูแลในอนาคต เช่น การดำรงชีวิตประจำวัน การทำอาหาร การทำความสะอาด ความกังวลด้านรายได้ การเงิน เป้าหมายในการดูแล ความต้องการเกี่ยวกับบริการ

การประเมินด้านจิตใจ โดยมีประเด็นย่อย ดังนี้

- อารมณ์และความสนใจ เช่น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สิ่งที่ทำให้รู้สึกเป็นกังวลหรือทำให้รู้สึกเศร้า ความสนใจหรือสิ่งที่กำลังตามมา
- การปรับตัวเมื่อมีการเจ็บป่วย
- ทรัพยากรและความเข้มแข็ง เช่น แหล่งทรัพยากรหรือบุคคลที่คอยช่วยเหลืองานอดิเรก ความเชื่อส่วนตัว
- ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากอารมณ์จิตใจและส่งผลต่อความเจ็บปวดทางร่างกาย
- บุคคลที่มีความสัมพันธ์เชิงลบที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์

จากกรอบประเด็นการประเมินในเชิงคุณภาพสะท้อนว่าการประเมินจิตใจและสังคมมีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวส่งผลเชิงบวกและเชิงลบกับอารมณ์ความรู้สึก อีกทั้งยังส่งผลต่อด้านร่างกายเช่นกันโดยเฉพาะความเจ็บปวด การประเมินในเชิงคุณภาพจึงมีข้อดีที่ให้รายละเอียดข้อมูลได้และสนับสนุนให้เกิดการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม แต่อย่างไรก็ตาม การประเมินจิตสังคมในลักษณะนี้มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถกำกับการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เมื่อการประเมินไม่ครอบคลุมหรือไม่ได้ประเมินในบางประเด็น ทำให้ไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงและส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับบริการบางอย่างจากทีมสหวิชาชีพ (Parker Oliver et al., 2009)

(2) การประเมินจิตสังคมในเชิงปริมาณ

เมื่อเปรียบเทียบกับ การประเมินจิตสังคมเชิงคุณภาพ การประเมินจิตสังคมในเชิงปริมาณอาจถูกตั้งคำถามว่าความรู้สึก ความสัมพันธ์ และเรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจะนำมาตีค่าเป็นคะแนนได้อย่างไร อีกทั้งการประเมินเชิงคุณภาพมีความยืดหยุ่นและเข้ากับการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ศิลปะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ความยืดหยุ่นและผลลัพธ์ที่ได้เป็นข้อมูลเชิงบรรยายทำให้การจัดเก็บข้อมูลและประมวลผลในภาพรวมเป็นไปอย่างยากลำบาก และเป็นจุดอ่อนที่ถูกตั้งคำถามว่าการประเมินได้มาตรฐานหรือมีความลำเอียงหรือไม่ และการไม่มีเครื่องมือที่มีการชี้วัดที่ชัดเจนทำให้ทีมสหวิชาชีพสับสนในบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นสมาชิก National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)² ตระหนักถึงข้อจำกัดนี้จึงได้ร่วมมือกันสร้างเครื่องมือการประเมินทางสังคมสงเคราะห์ (Social Work Assessment Tool; SWAT) จากการวิเคราะห์บทบาทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และงานวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ (Reese & Csikai, 2018) โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ชุด แบ่งตามผู้ประเมิน (Reese, 2006) ได้แก่

ชุดที่ 1 การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยนักสังคมสงเคราะห์

การประเมินชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ มีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้สึก เครียด วิตกกังวล ความคิดที่มีแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การตัดสินใจที่เชื่อมโยงกับศาสนาและวัฒนธรรม การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางการเงิน การเอื้ออำนาจของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จุดมุ่งหมายของชีวิต การตอบสนองในมิติจิตวิญญาณ

² องค์กรที่รวบรวมบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสหรัฐอเมริกา

ชุดที่ 2 ผู้ป่วยประเมินตนเอง

การประเมินชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ มีรายละเอียดเกี่ยวกับความสอดคล้องของแผนการรักษาพยาบาลกับหลักศาสนาหรือความเชื่อ ความเหมาะสมของสภาพแวดล้อม ความรู้สึกผิด เครียด วิตกกังวล ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความรู้สึกปลอดภัย การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความกังวลด้านการเงิน ความสนใจในชีวิต

ชุดที่ 3 ผู้ดูแลหลักประเมินตนเอง

การประเมินชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้สึกผิด เครียด วิตกกังวล ความสอดคล้องของแผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกับหลักศาสนาหรือความเชื่อ ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ความกังวลด้านการเงิน ความกังวลหากผู้ป่วยต้องอยู่ที่บ้าน การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความสนใจในชีวิต

การแบบประเมินแต่ละชุดประกอบด้วยข้อคำถามที่สอบถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ประเมินแต่ละคน การตอบแบบสอบถามใช้วิธีให้ผู้ตอบแบบสอบถามตีค่าความรู้สึกหรือความคิดเห็นเป็นคะแนนเพื่อตอบคำถามแต่ละข้อ โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย ไม่ค่อยมี ปานกลาง พอสมควร มีมากที่สุด ทั้งนี้ แบบสอบถามที่นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ประเมินจะต้องประเมินแบบสอบถามทันทีที่นักสังคมสงเคราะห์เยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแต่ละครั้ง ผลจากการประเมินจะนำไปใช้วางแผนการให้บริการในเรื่องเฉพาะเจาะจงได้ และข้อดีของการประเมินคือการระบุคะแนนได้จะช่วยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้งให้ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำมาประมวลผลในเชิงสถิติเพื่อสรุปข้อมูลในภาพรวมได้ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินจะใช้ประเมินเพื่อตรวจสอบรวมกับการประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์ แต่การประเมินจากชุดแบบสอบถามทั้งสามชุดนี้พบข้อจำกัดในการนำไปใช้ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจวิธีการใช้เครื่องมือ เครื่องมือใช้งานในทางปฏิบัติได้ยาก ไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและผู้ดูแล นักสังคมสงเคราะห์ไม่กล้านำแบบสอบถามให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักประเมิน เพราะสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบสอบถามหรือไม่เต็มใจตอบแบบสอบถาม (Reese & Csikai, 2018)

บทสรุป

การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลในสังคมยุคปัจจุบันที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการตายของประชากร พัฒนาทางการแพทย์ที่สนับสนุนให้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ส่งผลต่อวิถีชีวิตและมุมมองเกี่ยวกับการตาย การมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองเป็นสิ่งที่หลายคนปรารถนา แต่ความเสื่อมถอยที่เกิดจากโรคเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแนวคิดที่พยายามสร้างสมดุลระหว่าง การเจ็บปวดจากโรคและ

ความสุขทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม องค์กระบวนานาชาติและระดับชาติหลายประเทศมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ในขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์หลายหลากวิชาชีพได้พัฒนาความรู้ ทักษะ เครื่องมือ และเครือข่ายเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

การประเมินทางจิตสังคมในงานดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อจะได้เตรียมวางแผนการจัดบริการที่ตรงกับความต้องการ โดยนักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในด้านจิตสังคมโดยตรงและใช้ข้อมูลด้านจิตสังคมวางแผนการดูแลร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินจิตสังคมในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกระบวนการทัศน์ทางสังคมสงเคราะห์มีกรอบการประเมินที่มีฐานมาจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง โดยลักษณะการประเมินที่ใช้ในการปฏิบัติงานมี 2 ลักษณะ คือ (1) การประเมินจิตสังคมในเชิงคุณภาพที่เน้นการให้รายละเอียดของผู้ป่วยและบริบทแวดล้อม และ (2) การประเมินจิตสังคมในเชิงปริมาณที่เจาะจงประเด็นที่สำคัญและต้องการการวัดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยเปรียบเทียบเครื่องมือทั้งสองลักษณะแล้วพบว่า เครื่องมือที่ประเมินจิตสังคมในเชิงคุณภาพให้รายละเอียดและให้มุมมองอย่างเป็นองค์รวม แต่มีจุดอ่อนในด้านมาตรฐานการประเมิน อีกทั้งยังยากต่อการเก็บข้อมูลและประมวลผลในภาพรวม ทำให้ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เมื่อต้องการพัฒนาข้อมูลจากการปฏิบัติงานสู่การจัดการเชิงนโยบาย ส่วนเครื่องมือที่ประเมินจิตสังคมในเชิงปริมาณมีข้อดีที่แก้ไขจุดอ่อนของเครื่องมือที่ประเมินในเชิงคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้เครื่องมือที่เป็นการประเมินในเชิงปริมาณต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของผู้ใช้งานหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นผู้ประเมินตีความข้อคำถามและตัวเลือกแต่ละรายการให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ประเมินเพื่อตอบคำถามจากแบบประเมินก็เป็นข้อท้าทายและใช้เวลาซึ่งในทางปฏิบัติอาจเป็นอุปสรรคเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะตอบแบบสอบถาม หรือความไม่พร้อมของผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

นอกจากนี้ พบข้อสังเกตว่าลักษณะการประเมินที่เป็นงานเชิงเอกสารอาจทำให้ผู้ตอบบางคนที่ไม่คุ้นชิน เกิดความกังวลและไม่ตอบคำถามตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่แท้จริง ทั้งนี้ การประเมินในการปฏิบัติงานจริงควรปรับวิธีการให้ผู้ตอบรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นหรือใช้เทคโนโลยี เช่น การตอบคำถามใน Application มาประยุกต์ใช้กับการประเมินสามารถเพื่อช่วยให้ผู้ตอบรู้สึกสะดวกขึ้น อีกทั้งยังมีประโยชน์ในการสรุปและการประมวลผลของผู้รวบรวมให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ดังนั้น การประเมินจิตสังคมในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรประเมินครอบคลุมทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยคำนึงถึงความพร้อม

ของผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นหลัก การเริ่มประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีการประเมินเชิงคุณภาพก่อนการประเมินเชิงปริมาณจะให้ประโยชน์ในด้านการสร้างสัมพันธภาพ การทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำสู่การประเมินในเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่วัดผลได้ชัดเจน ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์สามารถประเมินเชิงคุณภาพซ้ำหรือประเมินเชิงลึกในประเด็นที่มีผลคะแนนจากการประเมินปริมาณที่เด่นชัดเพิ่มเติมได้หรือประเมินเชิงปริมาณซ้ำ เพื่อให้การประเมินทั้งหมดครอบคลุมและได้ข้อมูลเพียงพอให้นักสังคมสงเคราะห์ใช้ในการวางแผนการบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กิตติพัฒน์ นนทปัทมคุลย์. (2557). การประชุมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการ (Proceedings) เนื่องในโอกาสการสถาปนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ปีที่ 60 เรื่อง “60 ปี คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ :คุณค่าของวิชาชีพและพลังสู่การพัฒนาสังคม”*, (12-27). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล. (2559). *แบบฟอร์มการสรุปผลงานพัฒนาคุณภาพ ปี 2559*. สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2563, จาก https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/5-5587-1470297627.pdf.

เครือข่ายพุทธิกา. (2561). *เผชิญความตายอย่างสงบ*. สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2563, จาก <http://budnet.org/project/โครงการเผชิญความตายอย่าง/>.

ชานนท์ โกมลมาลย์. (2560). *พื้นฐานสังคมสงเคราะห์สุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2554). Palliative Care ในประเทศไทย และเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์. ใน *ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช, และศากุน ปวีณวัฒน์, การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ*, (7-20). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชัน

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา*, 136(ตอนที่ 16ก), 1-18.

- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2543). *ประชากรศาสตร์: สาระตถศึกษาเรื่องประชากรมนุษย์*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปรียานุช โชคธนาวิชัย. (2561). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดการบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 26(2), 108-139.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2557). *พจนานุกรมศัพท์ประชากรศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2552). *ถึงเวลาของฉันแล้วใช้มัยหมอ*. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์, *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care Improving Care of The Dying*, (37-39). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย. (2563). *ความเป็นมาของสมาคมฯ*. สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2563. จาก <http://www.thaps.or.th/%e0%b8%84%e0%b8%a7%e0%b8%b2%e0%b8%a1%e0%b9%80%e0%b8%9b%e0%b9%87%e0%b8%99%e0%b8%a1%e0%b8%b2/>.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงวัย: ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- อรรถกาญจน์ ธนวิสกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, สังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- Kubler-Ross, E. (2525). *ความตายกับภาวะใกล้ตาย* (มาลินี วงศ์พานิช). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (1969).

ภาษาอังกฤษ

- APHN. (2020). *About as*. Retrieved March 29, 2020, from <https://aphn.org/about-us/>.
- Baines, M. (2011). From pioneer days to implementation: lessons to be learnt. *European Journal of Palliative Care*, 18(5), 223–227.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- National Association of Social Workers. (2004). *NASW standards for Palliative and End of Life Care*. Washington, DC: National Association of Social Workers.

- National Clinical Programme for Palliative Care. (2014). *Palliative Care Needs Assessment Guidance*. Dublin: National Clinical Programme for Palliative Care.
- Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E., Washington, K. T., & Sehwat, S. (2009). Social Work Role in Hospice Pain Management: A National Survey. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 5(1-2), 61-74. doi:10.1080/15524250903173900
- Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538. doi:10.2307/3349375
- Palliative care Australia. (2020). *What is Palliative care?*. Retrieved March 30, 2020, from https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/05/What-is-Palliative-Care-A4.pdf.
- Rakic, M., Escher, M., Elger, B. S., Eckstein, S., Pacurari, N., Zwahlen, S., & Wienand, I. (2018). Feelings of Burden in Palliative Care: A Qualitative Analysis of Medical Records. *Journal of Palliative Care*, 33(1), 32-38. doi.org/10.1177/0825859717750522
- Reese, D. J., Raymer, M., Orloff, S. F. et al. (2006). The Social Work Assessment Tool (SWAT). *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2(2), 65-95. doi:10.1300/J457v02n02_05
- Reese, D. J., & Csikai, E. L. (2018). Social Work Assessment and Outcomes Measurement in Hospice and Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(12), 1553-1564. doi.org/10.1177/1049909118788342
- Taylor, B. (2012). Developing an Integrated Assessment Tool for the Health and Social Care of Older People. *The British Journal of Social Work*, 42(7), 1293-1314.
- Vallath N., Salins N. (2017). Holistic Supportive Care in Oral Cancer: Principles and Practice. In Kuriakose M. (eds), *Contemporary Oral Oncology*. Cham: Springer.

- Veloso, V., & Tripodoro, V. (2016). Caregivers burden in palliative care patients: A problem to tackle. *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(4), 330–335. doi:10.1097/SPC.0000000000000239
- Victoria Hospice Society. (2001). *Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2*. Retrieved from http://www.npcrc.org/files/news/palliative_performance_scale_PPSv2.pdf. Accessed March 31, 2020.
- Vongvasinkul, P., Punlainak, N., Kijpaisalratana, N., et al. (2018). Chula Stroke self-help group: a tool for empowering stroke patient. *Neuroimmunol Neuroinflammation*, 37(5), 6. doi: 10.20517/2347-8659.2018.45
- WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.
- WHO. (2016). *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018). *Palliative Care*. Retrieved March 26, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care..>