

## ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โรงพยาบาลลำพูน

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์

โรงพยาบาลลำพูน

Received: January 16, 2023

Revised: February 9, 2023

Accepted: April 7, 2023

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ แต่ก็ยังมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีปัญหาที่ซับซ้อนอันเกิดจากหลากหลายปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และควรได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ และเป้าหมายการดูแลรักษาเมื่อถึงช่วงเวลาต่างๆ ของชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน ต่อการทำให้ผลการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต สถานที่เสียชีวิต ในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอนรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตด้วยการศึกษาแบบ retrospective cohort study ในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูนที่เสียชีวิต ช่วงตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 394 คน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi square และ t-test เปรียบเทียบ การทำให้ผลการที่เป็น Invasive procedure (การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดหลอดหัวใจ) สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาก่อนเสียชีวิต ระหว่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิตร้อยละ 1.83 กดหลอดหัวใจก่อนเสียชีวิต ร้อยละ 0 น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) มีสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 66.97 แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่ได้วางแผนดูแลล่วงหน้า ( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.81 วัน และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเฉลี่ย 47,343.09 บาท น้อยกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$  และ  $p < 0.001$  ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

### ผู้สนับสนุนงาน:

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำพูน

177 ถนนจามเทวี ตำบลตันธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน 51000

อีเมล: Ch\_promarat@hotmail.com

# Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital

Chortip Prommarat

Department of Family Medicine, Lamphun Hospital

## Abstract

Currently, the number of end-of-life patients has increased. Although patients in this group received full treatment, there was still both physical and mental suffering. The complex problems caused by a variety of factors, both from the patients themselves and their families. End-of-life patients should receive palliative care and discuss advanced care plans, focus on what they need and their goals of care at different stages of life. This study was a retrospective cohort study, studying the effects of advanced care planning among cancer and non-cancer patients in the advanced stage of their illness who were treated at Lamphun Hospital and died between October 2021 and September 2022, for invasive procedures at the end of life, place of death, length of stay and cost of health care in-hospital. The population was 394 people, who were corrected and analyzed using Chi Square and a t-test comparing invasive procedures (ET intubation, CPR) at the end of life, place of death, length of stay and cost of health care in-hospital treatment between those with an advanced care plan group and those with no advanced care plan. The results of the study revealed that the patients with an advanced care plan reported less invasive procedures at the end of life, such as endotracheal intubation before death (1.83%), and lower cardiopulmonary compression before death 0% ( $p<0.001$ ), and the proportion of deaths at home were 66.97% ( $p<0.001$ ). The length of stay was 7.81 days and the cost of in-hospital health care was 47,343.09 Baht, significantly lower than the patients who did not have an advanced care plan ( $p=0.002$  and  $p<0.001$ , respectively).

**Keywords:** end of life patient, palliative care, advance care plan

## Corresponding Author:

Chortip Prommarat

Department of Family Medicine, Lamphun Hospital

177 Chammathewi Road, Tonthong Subdistrict, Maung District, Lamphun 51000, Thailand

E-mail: Ch\_promarat@hotmail.com

## บทนำ

จากสถานการณ์ที่สังคมมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น และจากอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็งระยะท้าย และโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจและปอด โรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนสูงขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ และจากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ แต่ผู้ป่วยก็ยังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีปัญหาที่ซับซ้อนอันเกิดจากหลากหลายปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากครอบครัวของผู้ป่วย<sup>1,2</sup>

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะแพร่กระจาย จะมีการดำเนินโรคและสมรรถนะที่ถดถอยลงอย่างรวดเร็ว แตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังที่การดำเนินโรคและสมรรถนะของผู้ป่วยค่อยๆ ถดถอยลง และอาจจะมีการกำเริบของตัวโรคเป็นระยะๆ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายจะมีการกำเริบบ่อยและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้าสู่กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองน้อย นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและการดำเนินโรคน้อย รวมทั้งขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วย<sup>3</sup>

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเป็นการช่วยดูแลผู้ป่วยโดยการยอมรับในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ดูแลจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยอยู่บนเป้าหมายหลัก คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการจากไปของผู้ป่วย นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังช่วยสื่อสาร ให้ข้อมูลที่ตรงจริง เพื่อให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อแนวทางการรักษา และวางแผนการรักษาล่วงหน้าให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า<sup>4</sup>

การวางแผนล่วงหน้า หรือ Advance care planning เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกระบวนการที่มีการวางแผนร่วมการดูแลล่วงหน้าร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ รวมถึงเป้าหมายการดูแลรักษาเมื่อถึงช่วงระยะเวลาต่างๆ ของชีวิต โดยไม่ได้มีเป้าหมายเพียงเพื่อการรักษาให้หายขาด ซึ่งต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดำเนินโรคของตนเอง รวมทั้งกระบวนการรักษาในขั้นตอนต่างๆ นอกจากนั้นยังรวมถึงความต้องการในทางสังคมหรือทางจิตใจอื่นๆ วางแผนการดูแลตนเองตั้งแต่วันที่มียศติยังสามารถตัดสินใจได้เอง และเลือกแผนการดูแลให้กับตนเองในวาระสุดท้าย โดยสามารถทำเป็นกระบวนการพูดคุย หรือเป็นลายลักษณ์อักษร (advance directive)<sup>5</sup> มีการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน acute hospital setting ช่วยลดการทำหัตถการต่างๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา<sup>6</sup> นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย<sup>7</sup>

ในปีงบประมาณ 2566 ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย (service plan palliative care) ได้มุ่งเน้นให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 55 และสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐาน 12 แห่ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบริบทประเทศไทยยังมีข้อมูลที่จำกัด ทั้งในเรื่องของรูปแบบของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับความปรารถนาของผู้ป่วย หรือทัศนคติของทีมสุขภาพต่อการให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จาก

การทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาเรื่องผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก พบว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ<sup>8</sup> การศึกษาเรื่อง advance care planning associated with reduced health care utilization in deceased older patients with advanced stage of chronic diseases แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย<sup>9</sup>

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน ต่อการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอนรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับและไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคเรื้อรังระยะท้าย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลลำพูน ตามหนังสือรับรองเลขที่ LPN 028/2565

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือโรคเรื้อรังระยะท้าย ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน ทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคเรื้อรังระยะท้าย ได้แก่ โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคปอด โรคตับแข็ง โรคทางระบบประสาทและสมอง และผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลลำพูนและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่างๆ ดังต่อไปนี้
  - โรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือ โรคมะเร็งที่มีสถานะที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงได้
  - โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต
  - โรคหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการและความรุนแรงตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class 3-4
  - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง GOLD stage 4 ที่มีการใช้ long term home oxygen หรือมีประวัติการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (recurrent hospital admissions) มากกว่า 2 ครั้งต่อปี
  - โรคตับแข็ง ระยะ decompensated cirrhosis (stage 3-4)
  - โรคทางระบบประสาทและสมอง ได้แก่ หลอดเลือดสมองแตกตีบ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา โรคสมองเสื่อมระยะท้าย (advance dementia) FAST Staging 7C ขึ้นไปร่วมกับมีภาวะการติดเชื้อ
  - ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิง (frailty)

3) มีบันทึกการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน และมีบันทึกการเสียชีวิตในเวชระเบียน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลบันทึกการได้รับการรักษาก่อนเสียชีวิตในเวชระเบียนของโรงพยาบาลลำพูน

2) ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่เป็น invasive procedure ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube intubation) และการกอดนวดหัวใจ (CPR) ก่อนได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$$Z^2_{\alpha/2} = 3.84 \text{ (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95)}$$

$$P = 0.75^*$$

$$d = 0.05$$

\* ค่า P เป็นสัดส่วนจากการศึกษาของ ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ<sup>8</sup> ที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้มีค่าเท่ากับ 0.75 สามารถคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มได้กลุ่มละ 80 คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan group)

2) กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (No advance care plan group)

### ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย โรคประจำตัว โรคร่วม ระดับของภาวะพึ่งพิง อาการรบกวนของผู้ป่วย การได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง การทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube intubation) และการกอดนวดหัวใจ (cardiopulmonary resuscitation) สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต

3) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย การบันทึกการพูดคุยระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การพูดคุยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับตัวโรคและการพยากรณ์โรค การวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เป้าหมายต่อการรักษา และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) เช่น ET-tube intubation, CPR, hemodialysis ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำได้ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่รักษาในโรงพยาบาลลำพูน

### ผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube intubation) และการกอดนวดหัวใจ (CPR) สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต

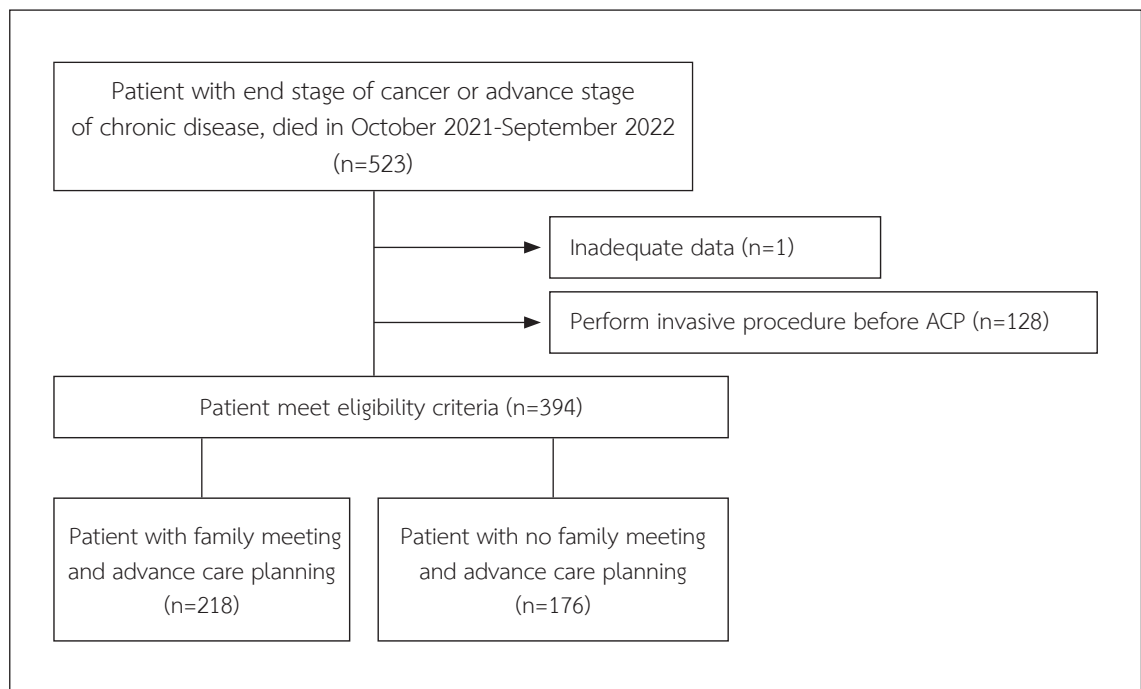
### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ นำค่าต่างๆ มาคำนวณทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 25 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi square และ t-test พิจารณาค่านัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในการเปรียบเทียบการทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube intubation) และการกดนวดหัวใจ (CPR) สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือโรคเรื้อรังระยะท้าย ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูนและเสียชีวิต ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565 มีจำนวน 523 คน ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 394 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 55.33 และเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 44.67



**Figure 1** Study procedure

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 51.83 และ 52.27 อายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.96 และ 63.07 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.60 และ 67.61 ส่วนใหญ่ได้รับการ

ศึกษาถึงระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.27 และ 69.32 และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 77.98 และ 81.82 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปข้างต้น ที่ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 (Table 1)

**Table 1** General characteristics of participants

| Characteristics                         | ACP (n=218)<br>n (%) | No ACP (n=176)<br>n (%) | p-value |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------|---------|
| Sex                                     |                      |                         |         |
| Male                                    | 113 (51.83)          | 92 (52.27)              | 0.093   |
| Female                                  | 105 (48.17)          | 84 (47.73)              |         |
| Age (years)                             |                      |                         |         |
| ≤ 65                                    | 96 (44.04)           | 65 (36.93)              | 0.015   |
| > 65                                    | 122 (55.96)          | 111 (63.07)             |         |
| Status                                  |                      |                         |         |
| Single                                  | 42 (19.26)           | 29 (16.48)              | 0.077   |
| Couple                                  | 143 (65.60)          | 119 (67.61)             |         |
| Divorce/widowed/separated               | 33 (15.14)           | 28 (15.91)              |         |
| Education qualification                 |                      |                         |         |
| No formal education                     | 21 (9.63)            | 14 (7.95)               | 0.094   |
| Primary school                          | 151 (69.27)          | 122 (69.32)             |         |
| Secondary school/Vocational certificate | 38 (17.43)           | 33 (18.75)              |         |
| Bachelor's degree                       | 8 (3.67)             | 7 (3.98)                |         |
| Health insurance                        |                      |                         |         |
| Universal coverage                      | 170 (77.98)          | 144 (81.82)             | 0.057   |
| Civil service welfare                   | 32 (14.68)           | 20 (11.36)              |         |
| Social security                         | 5 (2.29)             | 6 (3.41)                |         |
| Self-paying                             | 11 (5.05)            | 6 (3.41)                |         |

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม คิดเป็นร้อยละ 77.06 โดยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร ตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด ร้อยละ 18.81 17.89 และ 12.84 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังระยะท้ายมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรังและโรคหัวใจวายเรื้อรัง ร้อยละ 22.16 21.59 และ 19.32 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 50 และ 63.07 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึ่งพารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 49.54 ในกลุ่ม

ที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 74.43 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์จะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าคิดเป็นร้อยละ 9.17 ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายทั้งสองกลุ่มพบมีอาการเหนื่อย ร้อยละ 67.89 และ 84.09 ตามลำดับ ส่วนอาการปวด ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่า คิดเป็นร้อยละ 66.97 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทุกราย โดยลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 (Table 2)

**Table 2** Clinical characteristics of the participants

| Characteristics                   | ACP (n=218)<br>n (%) | No ACP (n=176)<br>n (%) | p-value |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|---------|
| Diseases                          |                      |                         |         |
| End stage of cancer               | 168 (77.06)          | 44 (25.00)              | <0.001  |
| Breast cancer                     | 18 (8.26)            | 3 (1.70)                |         |
| Lung cancer                       | 28 (12.84)           | 10 (5.68)               |         |
| Liver / bile duct cancer          | 41 (18.81)           | 8 (4.55)                |         |
| Stomach / intestinal cancer       | 39 (17.89)           | 13 (7.39)               |         |
| Uterine / ovarian cancer          | 9 (4.13)             | 2 (1.14)                |         |
| Urinary tract cancer              | 13 (5.96)            | 1 (0.57)                |         |
| Other cancers                     | 20 (9.17)            | 7 (3.98)                |         |
| Advanced stage of chronic disease | 50 (22.94)           | 132 (75.00)             |         |
| End stage of renal disease        | 21 (9.63)            | 38 (21.59)              |         |
| COPD                              | 6 (2.75)             | 39 (22.16)              |         |
| Congestive heart failure          | 3 (1.38)             | 34 (19.32)              |         |
| Decompensated cirrhosis           | 4 (1.83)             | 7 (3.98)                |         |
| Frailty                           | 14 (6.42)            | 9 (5.11)                |         |
| Other                             | 2 (0.92)             | 5 (2.84)                |         |
| Comorbidities                     |                      |                         |         |
| Yes                               | 109 (50.00)          | 111 (63.07)             | 0.001   |
| No                                | 109 (50.00)          | 65 (36.93)              |         |
| Degree of dependence              |                      |                         |         |
| Total dependence                  | 20 (9.17)            | 9 (5.11)                | <0.001  |
| Severe dependence                 | 108 (49.54)          | 131 (74.43)             |         |
| Partial dependence                | 52 (23.86)           | 29 (16.48)              |         |
| Independence                      | 38 (17.43)           | 7 (3.98)                |         |
| Symptoms                          |                      |                         |         |
| Dyspnea                           | 148 (67.89)          | 148 (84.09)             | <0.001  |
| No dyspnea                        | 70 (32.11)           | 28 (15.91)              |         |
| Pain                              | 146 (66.97)          | 48 (27.27)              | <0.001  |
| No pain                           | 72 (33.03)           | 128 (72.73)             |         |
| Other symptoms                    | 187 (85.78)          | 122 (69.32)             | <0.001  |
| No other symptoms                 | 31 (14.22)           | 54 (30.68)              |         |
| Palliative care consultation      |                      |                         |         |
| Yes                               | 218 (100.00)         | 0 (0.00)                | <0.001  |
| NO                                | 0 (0.00)             | 176 (100.00)            |         |

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 74.43 ได้รับการกดนวดหัวใจก่อนเสียชีวิตร้อยละ 23.86 มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 0.26 และ 0.76 เท่า ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ผู้

ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 66.97 ที่โรงพยาบาลร้อยละ 33.03 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 73.86 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 (Table 3)

**Table 3** Health care utilization of invasive procedures and place of death

| Health care utilization       | ACP (n=218)<br>n (%) | No ACP (n=176)<br>n (%) | RR   | 95% CI |       | p-value |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------|------|--------|-------|---------|
|                               |                      |                         |      | lower  | upper |         |
| <b>Invasive procedures</b>    |                      |                         |      |        |       |         |
| Endotracheal intubation       |                      |                         |      |        |       |         |
| Yes                           | 4 (1.83)             | 131 (74.43)             | 0.26 | 0.20   | 0.36  | <0.001  |
| No                            | 214 (98.17)          | 45 (25.57)              |      |        |       |         |
| Cardiopulmonary resuscitation |                      |                         |      |        |       |         |
| Yes                           | 0 (0.00)             | 42 (23.86)              | 0.76 | 0.70   | 0.82  | <0.001  |
| No                            | 218 (100.00)         | 134 (76.14)             |      |        |       |         |
| <b>Place of death</b>         |                      |                         |      |        |       |         |
| Home                          | 146 (66.97)          | 46 (26.14)              | 2.24 | 1.82   | 2.75  | <0.001  |
| Hospital                      | 72 (33.03)           | 130 (73.86)             |      |        |       |         |

ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนการเสียชีวิต จำนวน 201 คน มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.81 วัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.19 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$ ) สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาขณะนอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต

พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเฉลี่ย 47,343.09 บาท น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเฉลี่ย 87,961.48 บาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 (Table 4)

**Table 4** Health care utilization on length of hospital stay and cost per admission

| Health care utilization   | ACP (n=201)<br>mean (SD) | No ACP (n=176)<br>mean (SD) | p-value |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------|
| Length of hospital (Days) | 7.81 (8.56)              | 10.19 (11.40)               | 0.002   |
| Cost per admission (Baht) | 47,343.09 (55,407.22)    | 87,961.48 (107,109.80)      | <0.001  |

## อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่เข้าเกณฑ์การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลามและโรคเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะได้รับกระบวนการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เพื่อพูดคุยความต้องการและเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในอนาคตของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนการดูแลและจัดการอาการรบกวนที่อาจเกิดขึ้นในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้เข้ารับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 55.33 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม คิดเป็นร้อยละ 77.06 เป็นโรคเรื้อรังระยะท้ายร้อยละ 22.94 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง และไม่ใช่วะโรคมะเร็งร้อยละ 60.6 และ 35.7 ตามลำดับ<sup>9</sup> และการศึกษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งมากกว่าถึงร้อยละ 81.8<sup>8</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประเทศเบลเยียมและเนเธอร์แลนด์ ที่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 42.0<sup>10</sup> สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายพบว่ามีส่วนในการเข้าสู่กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อย เนื่องจากความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค ส่งผลให้การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยากลำบาก รวมทั้งความไม่แน่นอนในการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนั้นข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง และความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายยังน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่ำกว่า

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับการพึ่งพิงจากการประเมินตาม ADL (activity of daily living) ส่วนใหญ่เป็นระดับพึ่งพารุนแรงขึ้นไป แต่กลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 9.17 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่พบเป็นผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 21.1<sup>8</sup> ทั้งนี้อาจเกิดจากการใช้เกณฑ์ประเมิน palliative performance scale หรือ PPS ซึ่งมีรายละเอียดการประเมินและคะแนนประเมินแตกต่างกับการศึกษานี้

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการเหนื่อย รองลงมา คือ อาการปวด ซึ่งต่างกับการศึกษาอุบัติการณ์ของอาการรบกวนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาได้ซึ่งพบอาการเหนื่อยเพียงร้อยละ 35 และเมื่อเข้าสู่ 2 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิตพบอาการเหนื่อยมากขึ้นเป็นร้อยละ 39 สำหรับอาการปวดพบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 71<sup>11</sup> เนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งกลไกความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากหลายสาเหตุ และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่พบร้อยละ 66.4 เมื่อโรคมะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ หรืออยู่ในระยะท้าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง<sup>12</sup>

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองจะไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แสดงถึงว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่ได้มีการทำอย่างแพร่หลาย ยังจำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยที่ได้ผ่านกระบวนการดูแลแบบประคับประคองมาแล้วเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิของประเทศไทย ที่มีการสำรวจพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมประคับประคอง (specialist palliative care consultation) ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงร้อยละ 88.8 ในขณะที่ผู้ป่วยที่

ไม่ได้ดูแลโดยทีมระดับประคองมาก่อน มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 15.7<sup>13</sup>

จากการศึกษานี้พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ช่วยลดการทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) หรือหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจ 0.26 เท่า และการกดหลอดหัวใจ 0.76 เท่า สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>6,8,9</sup> ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีสัดส่วนการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 1.83 จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าแล้ว เปลี่ยนใจใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต เนื่องจากการที่ไม่สามารถจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ตามบริบทและข้อจำกัดด้านการดูแลของทีมระดับประคอง ดังนั้นการเพิ่มองค์ความรู้ด้านการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้ายให้แก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจจะช่วยลดกระบวนการทำหัตถการที่รุกรานแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ในการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเบลเยียมที่ผู้ป่วยเลือกวาระสุดท้ายที่บ้าน รวมถึง nursing home หรือ resident home for older people ร้อยละ 49.8 และในประเทศเนเธอร์แลนด์ ร้อยละ 66.0<sup>10</sup> นอกจากนี้ การศึกษาในบริบทโรงพยาบาลต่างจังหวัดในประเทศไทย พบร้อยละ 68.20 ที่ผู้ป่วยเลือกวาระสุดท้ายที่บ้าน ภายหลังจากการได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าแล้ว<sup>8</sup> ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกที่จะใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้านนั้น เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเรื่องของการพยากรณ์โรค มีการพูดคุยเรื่องความต้องการและเป้าหมายการรักษากับตัวผู้ป่วย ความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล (care giver) ตลอดจนการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ

การจัดการอาการรบกวนอย่างมีคุณภาพ (continuous care and good quality of end of life care)

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนการเสียชีวิต มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาขณะนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังระยะสุดท้าย (90 วันก่อนเสียชีวิต) ที่ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลใน acute hospital setting ได้อย่างมีนัยสำคัญ (7.76 vs. 11.5 days,  $p < 0.001$ )<sup>14</sup> เช่นเดียวกับในโรงพยาบาลศิริราชที่ได้ศึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีจำนวนวันนอนที่น้อยกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อการนอนโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่ผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาขณะนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่านั้น สอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกกระบวนการรักษาที่ไม่รุกรานในระยะสุดท้ายของชีวิต และเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางครอบครัวและญาติพี่น้อง จากการศึกษาจะเห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ อาจจะมีส่วนช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว (financial burden) ในการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ด้วย ซึ่งอาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการเป็นการศึกษาแบบ retrospective study การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังไม่มีการทำแพร่หลายในหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจากหน่วยงานระดับประคอง รวมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่มีกรเริ่มพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้าจากทีมแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่น้อยกว่าที่ควร นอกจากนี้ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรยังมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ ส่วนใหญ่เป็นเพียงบันทึกการพูดคุยการแจ้งการพยากรณ์โรคและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องสถานการณ์ COVID 19 ในช่วงนี้ อีกทั้งยังขาดระบบการส่งต่อข้อมูลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระหว่างโรงพยาบาลด้วย

คุณภาพของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าบางครั้งขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลในการศึกษานี้ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจาก palliative care doctor หรือ palliative care nurse ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองมาแล้ว โดยจะเน้นให้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องการพยากรณ์โรค ความต้องการและเป้าหมายของผู้ป่วยต่อสุขภาพและการรักษาในอนาคต รวมทั้งการจัดการอาการในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ

ในการศึกษานี้ยังไม่ได้ศึกษาโรคในกลุ่มที่เป็น advance disease หรือ progressive life limiting condition เนื่องจากการทำหัตถการที่เป็น invasive procedure บางอย่างอาจจะยังมีประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการประเมินและพิจารณาว่าผู้ป่วยควรจะได้รับ การดูแลแบบประคับประคองและพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือไม่

### ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายให้มากขึ้น และมีการติดตามผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าดังกล่าว นอกจากนี้ ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะท้ายตรงกับความต้องการหรือไม่

ปรารถนาและแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้ทำไว้หรือไม่อย่างไร

### สรุปผล

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาในโรงพยาบาลลำพูน ที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต มีค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ก่อนเสียชีวิต น้อยกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานระดับประคองโรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูนทุกท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for the care of terminally ill patients 2014:72 years Department of Medical Services; 2014.
2. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, et al. Quality of life in patients with advanced heart failure. J Heart Lung Transplant 1992;11:273-9.
3. Garland EL, Bruce A, Stajduhar K. Exposing barriers to end-of-life communication in heart failure: An integrative review. Can J Cardiovasc Nurs 2013;23:12-8.

4. World Health Organization. WHO definition of palliative care; 2019. [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 16]. Available from: URL: <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152>.
5. Temsak Puengrasamee. Advanced care plan, peaceful death project [Internet]. [www.budnet.org](http://www.budnet.org). 2554 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>.
6. Seal M. Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. *Aust J Adv Nurs* 2007;24:29-36.
7. Davison SN. Advance care planning in chronic illness #162. *J Palliat Med* 2008;11: 243-4.
8. Sritharathikun P. Impact of advance care planning on the end-of-life care in a Maesot palliative care clinic, Tak Province, Thailand. *PCFM* 2020;4:97-109.
9. Suraarunsumrit P, Nopmaneejumrulers C, Srinonprasert V. Advance care planning (ACP) associated with reduced health care utilization in deceased older patients with advanced stage of chronic diseases. *J Med Assoc Thai* 2019;102:801-8.
10. Meeussen K, Block LVd, Echteld M, et al. Advance care planning in Belgium and the Netherlands: A nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:565-77.
11. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:94-104.
12. Everdingen MHJ, Hochstenbach LM, Joosten EAJ, Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:1070-90.
13. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksataya A, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliat Med Rep* 2021;2:272-9.
14. Sinclair C, Auret AK, Evans FS, et al. Impact of a nurse-led advance care planning intervention on satisfaction, health-related quality of life, and health care utilization among patients with severe respiratory disease: A randomized patient-preference trial. *J Pain Symptom Manage* 2020;59:848-55.