

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลระดับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

Received: November 20,2020; **Revised:** December 29,2020; **Accepted:** January 29,2021

แพทย์หญิงภรณ์ ศรีธาริคุณ*
แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อสอพบมิตร
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ. แม่สอด
จังหวัดตาก

พยาบาลวิชาชีพ ศิริจิต เนติภูมิกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาล
รพ. แม่สอด จังหวัดตาก

*Corresponding Author email:
Pamornrut.mu@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มา: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) เป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่การศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของ ACP ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและสถานที่การเสียชีวิต

วิธีการศึกษา: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ผลการศึกษา: ร้อยละ 81.8 เป็นผู้ป่วยมะเร็งจากผู้ป่วยระดับประคอง 292 ราย ได้ ACP ร้อยละ 74.3 โดยเป็นกลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Care Plan: FCP) ร้อยละ 28.1 และกลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Conventional Advance Care Plan: cACP) ร้อยละ 46.2 พบว่า cACP ลดโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ (OR = 0.08, 0.015 - 0.423) ผู้ป่วยมะเร็งจะมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (OR = 0.291, 0.100 - 0.847) ส่วน ACP ไม่มีผลต่อสถานที่การเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลคือ การศึกษาสูง (OR 10.627, 2.074 - 54.397) การวินิจฉัยมะเร็ง (OR 0.374 , 0.180 - 0.776) เคยมีประวัติรับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (OR 3.031, 1.260 - 7.289) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (OR 1.036, 1.009 - 1.063)

สรุป: การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ แต่สถานที่ในการเสียชีวิตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงอย่างเดียว

คำสำคัญ: การดูแลระดับประคอง, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, การดูแลระยะท้าย, การรักษาแบบบูรณาการ, สถานที่การเสียชีวิต

ORIGINAL ARTICLE

Impact of Advance Care Planning on the End-of-Life Care in Maesot Palliative Care Clinic, Tak Province, Thailand

Received: November 20,2020; **Revised:** December 29,2020; **Accepted:** January 29,2021

Abstract

Background: An advance care plan (ACP) is a process for self-care planning at the end of life by patients with chronic illnesses. However, there are few studies on the benefits of advance care planning in the Thai context.

Objective: To study the impact of an ACP in terminally ill patients on intubation and place of death.

Method: A retrospective cohort study

Results: Two hundred ninety-two patients were enrolled in the palliative care study with 81.8% being cancer patients. Around Seventy-four percent of these patients had ACP records (family care plan 28%, conventional ACP 46.3%). Conventional ACP had a lower likelihood of endotracheal intubation than no ACP (OR = 0.08, 95% CI: 0.015 to 0.423). Cancer patients were less likely to receive intubation than non-cancer patients (OR = 0.291, 95% CI: 0.100 to 0.847). Having an ACP did not affect the place of death. The factors that associated with hospital death were higher education (OR = 10.627, 95% CI: 2.074 to 54.397), cancer diagnosis (OR = 0.374, 95% CI: 0.180 to 0.776), frequent emergency visits (OR = 3.031, 95% CI: 1.260 to 7.289), longer length of stay (OR = 1.036, 95% CI: 1.009 to 1.063).

Conclusion: An ACP which involved both patients and families yielded a lower likelihood of intubation. Cancer patients were less likely to receive intubation. The place of death was not significantly associated with an ACP.

Keywords: palliative care, advance care planning, end of life care, invasive treatment, place of death

Phamonrut Sritharathikun,MD. *

3rd year In-service training program
of family medicine,
Department of Social Medicine
Maesot General Hospital

Sirijit nethipoomkun, RN

Professional nurse, Maesot General
Hospital

*Corresponding author E-mail:
Pamornrut.mu@gmail.com

ที่มาและความสำคัญ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning, ACP) เป็นกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำให้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิก ครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ¹ โดยครอบคลุมประเด็นที่สำคัญคือ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ (Patient preference) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระท้าย (Advance decisions) และการเลือก “บุคคลใกล้ชิด” ทำหน้าที่แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Proxy nomination) ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผ่านกระบวนการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลใกล้ชิด (Family meeting)^{2,3} มีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับข้อดีของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาล และการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์⁴ ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง⁵ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา⁶ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยได้⁷ โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศหญิงอายุที่มากกว่า 55 ปี การศึกษาสูง การจัดการอาการรบกวน การมีประวัติเข้ารับ

บริการที่ห้องฉุกเฉินและการไม่นับถือศาสนา⁸⁻¹¹ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้ามีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่าอันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดνωหัวใจเพื่อช่วยชีวิต การรักษาเพื่อยื้อชีวิต^{12,13}

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน ตั้งแต่ พ.ศ.2550¹⁴ และมีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Service Plan Palliative Care) ในปี พ.ศ. 2559¹⁵ ให้จัดตั้งคลินิกประคับประคองในโรงพยาบาลและมีทีมสำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีระบบการให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง กำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง การใช้ opioid ในการจัดการอาการทุกข์ทรมาน และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยกำหนดว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และกำหนดให้มีการทำ ACP ความครอบคลุมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50, 60, 70 และ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ ตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2564 ตามลำดับ¹⁶ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบริบทประเทศไทยต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตยังมีจำกัด

โรงพยาบาลแม่สอด มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระดับประคอง ประเมินอาการทุกข้อมติและมี การวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ที่ดูแลในหน่วยระดับประคอง ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทั้งกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งปีละประมาณ 150 คน และมีผู้ป่วยที่ได้ทำการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ร้อยละ 57.53 มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 40 และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 6.85 การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาถึงผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจ เพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย

วิธีการศึกษา

คำถามของการวิจัย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายมีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้ายในการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาเปรียบเทียบผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้ รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิต กับรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก หนังสือรับรองเลขที่ MSHP 029/2563

ประชากรที่ศึกษา

ทำการศึกษาโดยการทบทวนบันทึกเวชระเบียนและข้อมูลบันทึกการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคอง ที่ได้รับการดูแลจากคลินิกการดูแลระดับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2563

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา

1. กลุ่มโรคที่สามารถจะเข้าสู่การดูแลทางการดูแลระดับประคองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคอง ICD-10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลักดังต่อไปนี้ (principal diagnosis)

- กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส COO-C96 ระยะแพร่กระจาย
- กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ICD-10 รหัส F03
- โรคไตในระยะเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต

การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคอง และชะลอการเสื่อมของไต ICD-10 รหัส N185

- โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50
- โรคตับแข็ง ICD-10 รหัส K74 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure ICD-10 รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure ICD-10 รหัส K70.4 หรือ hepatic failure with toxic liver disease ICD-10 รหัส K71.7
- ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 (ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย)

2. ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
3. มีบันทึกการเสียชีวิตในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2563

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

ไม่มีบันทึกเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจริงก่อนเสียชีวิต

ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่

ข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา

ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก: การวินิจฉัยระยะท้าย การมีโรคร่วม อาการเหนื่อยหรืออาการปวด (numeric rating scale 0-10), Palliative Performance Scale, ระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลกับทีมดูแลประคับประคองก่อนเสียชีวิต (care time) จำนวนวันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 30 วันก่อนเสียชีวิต (length of

stay (LOS)) และเคยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่ในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต

การบันทึกผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าหลัง family meeting และการรักษาในวาระท้ายที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR) และสถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)

ปัจจัยที่ให้ความสนใจ

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้รับเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

1. กลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (conventional ACP; cACP)
2. กลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Family Care Plan; FCP)
3. กลุ่มที่ไม่มีการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเลย (no ACP)

ผลลัพธ์

- การใส่ท่อช่วยหายใจ
- การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต
- สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 25 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ
- วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-square และค่ามัธยฐานโดยใช้สถิติ Nonparametric test พิจารณาค่า $P < 0.05$ มีนัยสำคัญ

ทางสถิติในการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางคลินิก (clinic characteristics) การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR) สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death) ที่เกิดขึ้นจริง และ Length of Stay (LOS) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กำหนด (conventional ACP) กลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Family CP) และกลุ่มที่ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (No ACP)

- Binary logistic regression รายงานค่าเป็น Odd Ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และสถานที่เสียชีวิต กับปัจจัยด้านรูปแบบการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อายุ PPS แรกเริ่ม ระดับการศึกษา การจัดการอาการรบกวน เคยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต และระยะเวลาเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (care time)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เสียชีวิตตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 ทั้งสิ้นจำนวน 311 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 292 คน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษา มีสิทธิการรักษาประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ถึงร้อยละ 86.0 และประมาณครึ่งมีโรคร่วมดังรายละเอียดในตารางที่ 1

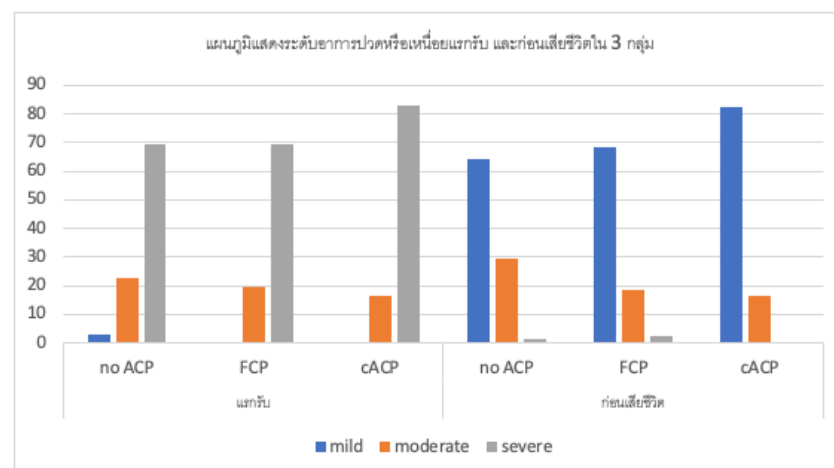
ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 81.8 เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มเข้าสู่การดูแลของทีมประคับประคอง มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง (PPS 40-60) เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลจากพยาบาลระดับประคับประคอง ผู้ป่วยร้อยละ 37 ดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ในขณะที่ร้อยละ 63 ดูแลโดยแพทย์ระดับประคับประคอง ผู้ป่วยที่ไม่มี ACP ร้อยละ 75 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ส่วนผู้ป่วยที่มี ACP ทั้งแบบ FCP และ cACP ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9 และ 82.2 ตามลำดับ) ได้รับการดูแลโดยแพทย์ระดับประคับประคอง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาดูแลกับทีมประคับประคอง 38 วัน นับจากวันที่ลงทะเบียนใกล้เคียงกันทั้งสามกลุ่ม ผู้ป่วยมีอาการปวดร้อยละ 66.1 และอาการเหนื่อยร้อยละ 28.1 จำนวนผู้ป่วยที่เคยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตเพียงร้อยละ 11 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตใกล้เคียงกันที่ 4-5 วัน ผู้ป่วยไม่มี ACP ร้อยละ 25.7 ในขณะที่ผู้ป่วยมี ACP ร้อยละ 74.3 แบ่งเป็นกลุ่ม FCP ร้อยละ 28.1 และกลุ่ม cACP ร้อยละ 46.2

กลุ่ม FCP และกลุ่ม cACP ส่วนใหญ่เลือกที่จะรับการรักษาที่ไม่รุกราน โดยกลุ่ม FCP เลือกที่จะไม่รับการใส่ท่อช่วย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	292	100.0
เพศ		
ชาย	155	53.10
หญิง	137	46.90
อายุ		
≤60 ปี	79	27.1
61-80 ปี	151	51.7
≥ 81 ปี	62	21.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	91	31.20
ประถมศึกษา	153	52.40
มัธยมศึกษา	37	12.70
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	11	3.80
สถานะสมรส		
ไม่มีคู่สมรส	142	48.60
โสด	17	5.80
หย่า	11	3.80
หม้าย	114	39.00
มีคู่สมรส	150	51.40
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	251	86.00
เบิกตรงยาราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	8.90
ประกันสังคม	7	2.40
ไม่มีสิทธิการรักษา/ต่างชาติชำระเงินเอง	8	2.70
โรคร่วมอื่น ๆ		
มีโรคร่วม	158	54.10
ไม่มีโรคร่วม	134	45.90

กราฟแสดงระดับความรุนแรงของอาการปวดหรือเหนื่อยแรกเริ่มและก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม



ACP= advance care planning, FCP = family care plan, cACP = conventional ACP

ระดับอาการปวดหรือเหนื่อย

Mild (numeric rating scale 0-3) Moderate (numeric rating scale 4-6) Severe (numeric rating scale 7-10)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะ ACP

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะ ACP จำนวน(ร้อยละ)			
	Total 292 คน (100)	No ACP 75 คน (25.7)	FCP 82 คน (28.1)	cACP 135 คน (46.2)
การวินิจฉัยระยะท้าย (คน)				
Cancer	239 (81.8)	55 (73.1)	59 (72.0)	125 (92.6)
Lung cancer	92 (31.5)	21 (28.0)	21 (25.6)	50 (37.0)
Gastrointestinal cancer	92 (31.5)	25 (33.3)	29 (35.4)	38 (28.1)
Head and neck cancer	14 (4.8)	2 (2.7)	3 (3.7)	9 (6.7)
others	41 (14.0)	7(9.1)	6 (7.3)	28 (20.8)
Non-cancer	53 (18.2)	20 (26.7)	23 (28.0)	10 (7.4)
COPD	15 (5.1)	9 (12.0)	4 (4.9)	2 (1.5)
ESRD	14 (4.8)	2 (2.7)	5 (6.1)	7 (5.2)
Bed ridden	14 (4.8)	4 (5.3)	10 (12.2)	0
Others	10 (3.5)	5 (6.7)	4 (4.8)	1 (0.7)
ทีมการดูแลแบบประคับประคอง (คน)				
ดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้	108 (37.0)	56 (74.7)	28 (34.1)	24 (17.8)
ดูแลโดยแพทย์ระดับประคอง	184 (63.0)	19 (25.3)	54 (65.9)	111 (82.2)
Palliative Performance Scale, PPS (คน)				
10-30	79 (21.1)	23 (30.7)	34 (41.5)	22 (16.3)
40-60	188 (64.4)	51 (68.0)	45 (54.8)	92 (68.1)
70-100	25 (8.6)	1 (1.3)	3 (3.7)	21 (15.6)
อาการรบกวน (คน)				
ปวด	193 (66.1)	47 (24.4)	48 (24.9)	98 (50.8)
เหนื่อย	82 (28.1)	23 (28.0)	24 (29.3)	35 (23.7)
อื่น ๆ	39 (13.4)	11 (28.2)	17 (43.6)	11 (28.2)
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉิน	32 (11.0)	4 (5.3)	6 (7.3)	22 (16.3)
จำนวนวันการดูแลประคับประคอง	38	45	37	38
ก่อนเสียชีวิต (median, IQR)	(12.00-88.0)	(11.0-115.0)	(12.75-93.25)	(14.0-84.0)
จำนวนวันการนอนโรงพยาบาล	5.0 (1-12.0)	4 (0.0-11.0)	5 (1.0-12.0)	5 (1.0-12.0)
ก่อนเสียชีวิต (median, IQR)				
ผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)				
No tube	-	-	76 (92.7)	134 (99.3)
No CPR	-	-	82 (100)	135 (100)
Home death	-	-	49 (59.8)	118(87.4)

ACP = advance care planning, FCP = family care plan, cACP = conventional ACP

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

ประเด็นการดูแลระยะท้าย	ผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (concordance)*	
	Family care plan	Conventional ACP
ET-Tube	77 (93.9%)	134 (99.3%)
CPR	82 (100%)	135 (100%)
Place of death	69 (84.1%)	107 (79.3%)

*ผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า หมายถึง การได้รับการดูแลระยะท้ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในประเด็นเรื่อง ET-tube, CPR, place of death

หายใจร้อยละ 92.7 ส่วนกลุ่ม cACP เลือกที่จะไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 99.3 ผู้ป่วยทั้งหมดเลือกที่จะไม่รับการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย ส่วนประเด็นเรื่องการเลือกสถานที่เสียชีวิต กลุ่ม FCP เลือกเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 59.8 ในขณะที่กลุ่ม cACP เลือกเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 87.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

จากกราฟแสดงระดับความรุนแรงของอาการปวดหรือเหนื่อยก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยสามกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนทำให้ระดับความรุนแรงลดลง จากระดับรุนแรงเมื่อแรกได้รับร้อยละ 82.2 เหลือเพียงร้อยละ 0.8 ก่อนเสียชีวิต โดยที่ระดับความรุนแรงของอาการจะลดลงเหลือระดับเล็กน้อยทั้งสามกลุ่ม โดยกลุ่มที่ระดับความรุนแรงก่อนเสียชีวิตเหลือระดับเล็กน้อยมีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่ม cACP (ร้อยละ 82.2)

ผลลัพธ์ความสำเร็จของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า เมื่อพิจารณาการดูแลที่ได้รับจริงในวาระท้าย เทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้ พบว่า ในกลุ่ม FCP และ cACP ได้รับการดูแลจริงในระย่ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในด้านการใส่ท่อช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 93.9 และ 99.3 ตามลำดับ ด้านการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตคิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม และด้านสถานที่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 84.1 และ 79.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระสุดท้าย พิจารณาตามรูปแบบการทำการวางแผนครอบครัว พบว่า กลุ่ม No ACP, FCP และ cACP มีสัดส่วนผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ

17.3, 13.4 และ 0.7 ตามลำดับ, $P < 0.01$) และเสียชีวิตที่บ้านที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 66.7, 56.1 และ 75.6 ตามลำดับ, $P = 0.012$) ในขณะที่มีผู้ป่วยรายเดียวที่ได้รับการกดนวดหัวใจก่อนเสียชีวิต ($p\text{-value} = 0.237$) และจำนวนวันการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิตคือ 4, 5 และ 6 วันตามลำดับ ($P = 0.704$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยทางคลินิก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ โรคมะเร็ง ($OR = 0.291$, 95%CI: 0.100 to 0.847) และการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (cACP) ($OR = 0.08$, 95%CI: 0.015 to 0.423) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ได้แก่ การศึกษาที่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($OR = 10.627$, 95% CI: 2.074 to 54.397) การได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ($OR = 0.374$, 95%CI: 0.180 to 0.776) การมีประวัติเคยรับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต ($OR = 3.031$, 95%CI: 1.260 to 7.289) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต ($OR = 1.036$, 95%CI = 1.009 to 1.063) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าถึงบริการประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศเยอรมัน¹⁷ ประเทศ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบการดูแลในวาระท้ายด้าน การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) การกอดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิต (CPR) สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death) และจำนวนวันการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (LOS)

ตัวแปร	รวม	การดูแลที่ได้รับจริงในวาระท้าย			p-value
		No ACP (75 คน)	FCP (82 คน)	cACP (135 คน)	
การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)					
ใส่	25 (8.6%)	13 (17.3%)	11 (13.4%)	1 (0.7%)	<0.001*
ไม่ใส่	267 (91.4%)	62 (82.7%)	71 (86.6%)	134 (99.3%)	
การกอดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิต (CPR)					
ได้รับการ CPR	1(0.3%)	1 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0.237*
ไม่ได้รับการ CPR	291 (99.7%)	74 (98.7%)	82 (100%)	135 (100%)	
สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)					
บ้าน	198 (67.8%)	50 (66.7%)	46 (56.1%)	102 (75.6%)	0.012*
โรงพยาบาล	94 (32.2%)	25 (33.3%)	36 (43.9%)	33 (24.4%)	
จำนวนวันการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต (LOS) (median, IQR)					
Total	292	75	82	135	0.704**

ACP = advance care planning, FCP= family care plan, cACP = conventional ACP

*วิเคราะห์โดยสถิติ chi-square กำหนด p-value ≤ 0.05

**วิเคราะห์โดยใช้สถิติ independence-sample Kruskal-Wallis test กำหนด p-value ≤ 0.05

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสถานที่เสียชีวิต และการใส่ท่อช่วยหายใจ

ตัวแปร	เสียชีวิตที่โรงพยาบาล			การใส่ท่อช่วยหายใจ		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	P-value
ปัจจัยด้านตัวบุคคล						
อายุ > 65 ปี	0.899	0.494-1.636	0.728	1.707	0.549-5.306	0.356
การศึกษาสูง (ปริญญาตรีขึ้นไป)	10.627	2.076-54.397	0.005*	2.024	0.197-20.769	0.553
ปัจจัยทางคลินิก						
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า**			0.083			0.008
FCP	1.319	0.630-2.762	0.463	0.387	0.129-1.164	0.091
cACP	0.591	0.286-1.224	0.157	0.08	0.015-0.423	0.003*
โรคมะเร็ง	0.374	0.180-0.776	0.008*	0.291	0.100-0.847	0.024*
PPS $\leq$ 30	1.726	0.899- 3.312	0.101	2.152	0.729-6.355	0.165
มีประวัติรับบริการห้องฉุกเฉิน	3.031	1.260-7.289	0.013*	3.945	0.844-18.439	0.081
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	1.036	1.009-1.063	0.009*	1.014	0.969-1.062	0.541
การคุมอาการได้ดี***	0.600	0.305-1.182	0.140	0.626	0.215-1.818	0.389

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ binary logistic regression

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

**เปรียบเทียบกับ No ACP

***อาการปวดหรือเหนื่อยก่อนเสียชีวิต numeric rating scale = 0-3

สกอตแลนด์¹⁸ และสหรัฐอเมริกา¹⁹ ที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งจะเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองได้น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการในช่วงที่ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง มีสติและสามารถสื่อสารได้พอสมควร ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการดูแลประมาณ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต มากกว่าครึ่งทุกขั้วตามจากอาการปวดและได้รับการจัดการอาการรบกวนทั้งหมด ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีอาการรบกวนก่อนเสียชีวิตในระดับน้อย ทำให้การเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตมีน้อยเพียงร้อยละ 10 และมีวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตเพียง 5 วัน

ผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงร้อยละ 74.3 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับตัวเลขการรายงานในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 2 และทั่วประเทศซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 28.29 และ 25.6 ตามลำดับ²⁰ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งหมดปฏิเสธการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยรับการดูแลโดยแพทย์ระดับประคองถึงร้อยละ 63 ของผู้ป่วยระดับประคองทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการโอกาสได้ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (cACP) ได้ถึงร้อยละ 82 และเลือกเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล อีกทั้งยังควบคุมอาการทุกขั้วตามได้ดีกว่ากลุ่มที่ดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการระดับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเป็นผลดีต่อผู้ป่วยทั้งในแง่การบำบัดอาการทุกขั้วตาม การลดการใช้บริการห้องฉุกเฉิน มีการวางแผนการ

ดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกการรักษาที่ไม่รุกรานและเลือกเสียชีวิตที่บ้าน ใกล้เคียงกับงานวิจัยหลายประเทศ²¹⁻²³ การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงบริบทของสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีบทบาทอย่างมากต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่กระทำโดยครอบครัว โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมถึงร้อยละ 28 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศแถบเอเชีย ที่การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักจะเป็นการสื่อสารกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว เนื่องจากเรื่องของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติที่ญาติมักจะกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะกลัวและเสียใจ จึงมักจะให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน²⁴

ส่วนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระสุดท้ายเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวพบว่า ทั้งสองกลุ่ม FCP และ cACP ได้รับการดูแลวาระสุดท้ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80-100) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศอังกฤษ ที่พบว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามสถานที่ที่ตนเองต้องการตามที่ได้ระบุไว้ใน ACP ร้อยละ 75⁹ และเมื่อพิจารณาการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระสุดท้าย พบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 8.6 และเสียชีวิตที่บ้านถึงร้อยละ 67.8 โดยกลุ่มที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (cACP) จะมีสัดส่วนการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตที่บ้านสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม (FCP) และกลุ่มที่ไม่มีกรวางแผนการดูแลล่วงหน้า (no ACP) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วย binary logistic regression การวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลต่อการลด

อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อเทียบกับการไม่ได้ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ร้อยละ 92 (OR 0.08, $P = 0.03$) สอดคล้องกับการวิจัยที่อยู่ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีโอกาสได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจถึง 10 เท่า²⁵ และผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งถึงร้อยละ 71 (OR = 0.29, $P = 0.024$) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แต่มีปัจจัยอื่นที่มีผลมากกว่า ได้แก่ การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากกว่าถึง 10 เท่า (OR 10.627, $P = 0.005$) มีประวัติเคยรับบริการห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต จะเพิ่มการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 3 เท่า (OR 3.031, $P = 0.013$) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น 1 วันจะเพิ่มการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลขึ้น 1 เท่า (OR 1.036, $P = 0.009$) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีโอกาสการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็งร้อยละ 63 (OR 0.374, $P = 0.008$)

งานวิจัยฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมจะส่งผลให้เป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการไว้ล่วงหน้าเป็นจริง คือลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดอาการรบกวน แม้ว่าสถานที่การเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นไปตามที่ผู้ป่วยเลือกคือที่บ้าน แต่ก็ยังมีปัจจัยที่ส่งผลอื่น ๆ ระดับการศึกษา ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะดูแลที่บ้าน

ปัจจัยความสำเร็จจากบทเรียนของทีมระดับประคองโรงพยาบาลแม่สอด

จังหวัดตาก คือการมีทีมดูแลระดับประคองที่เข้าถึงได้สะดวกทั้งในหอผู้ป่วยคลินิกระดับประคอง และการเยี่ยมบ้านที่เชื่อมโยงกัน ทางทีมใช้กลยุทธ์ในการประสานแพทย์เจ้าของไข้ผ่านองค์กรแพทย์ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา strong opioids และทีมพยาบาลจะไปเยี่ยมบ้าน โดยแจ้งผลการรักษาให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ รวมถึงแจ้งผลการเบิกงบประมาณ palliative care จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ผู้บริหารทราบทุกปี ทีมระดับประคองมีความพยายามเข้าร่วมการดูแลตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การดูแลแบบระดับประคองเมื่อถูกวินิจฉัยโรคระยะท้าย และลงทะเบียนควบคู่กับการดูแลตามโรคเฉพาะ ทำให้มีการจัดการอาการรบกวน การเข้าถึง strong opioids และการดูแลเรื่องของสภาพจิตใจและจิตวิญญาณได้เร็วขึ้น ถึงแม้จะยังไม่มี การส่งปรึกษาอย่างเป็นทางการก็ตาม โอกาสพัฒนาที่สำคัญคือ การให้บริการของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีใช้โรคมะเร็งเป็นโรคภัยสำคัญที่ทางทีมต้องหากกลยุทธ์การเข้าถึงบริการที่มากขึ้น

สรุปผลงานวิจัย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถลดโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ส่วนสถานที่ในการเสียชีวิตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงอย่างเดียว โดยมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานที่เสียชีวิต ได้แก่ การศึกษาสูง มีประวัติเคยรับบริการห้องฉุกเฉินและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่เป็น

มะเร็งพบว่าจะลดโอกาสการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน อาจจะมีข้อจำกัดของความหลากหลาย และความครบถ้วนของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๖๑ ง. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ [Internet]. 2563 [cited 2020 Dec 28]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF
2. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
3. เต็มศักดิ์ พึ่งรัตน์. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) | โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ [Internet]. www.budnet.org. 2554 [cited 2020 Aug 9]. Available from: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>
4. Tran M, Grant M, Clayton J, Rhee J. Advance care decision making and planning. Aust J Gen Pract [Internet] 2018 [cited 2020 Jul 28];47(11):753–757. Available from: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/advance-care-decision-making-and-planning>
5. Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study. BMJ [Internet] 2020 [cited 2020 Nov 15];370:2257. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136>
6. Thompson TDB, Barbour RS, Schwartz L. Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. Palliat Med [Internet] 2003 [cited 2020 Aug 2];17(5):403–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12882258>
7. Van Wijmen MPS, Pasman HRW, Widdershoven GAM, Onwuteaka-Philipsen BD. Continuing or forgoing treatment at the end of life? Preferences of the general public and people with an advance directive. J Med Ethics [Internet] 2015[cited 2020 Aug 17];41(8):599–606. Available from: <https://jme.bmj.com/content/41/8/599>
8. Enguidanos S, Ailshire J, Davis L. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences HHS Public Access. J Pain Symptom Manag 2017;53(1):49–56.
9. Abel J, Pring A, Rich A, Malik T, Verne J. The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. BMJ Support Palliat Care [Internet] 2013 [cited 2020 Aug 17];3(2):168–73. Available from: <http://spcare.bmj.com/>
10. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol [Internet] 2010 [cited 2020 Sep 6];28(7):1203–8. Available from: [/pmc/articles/PMC2834470/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC2834470/?report=abstract)

เอกสารอ้างอิง

11. Van Der Steen JT, Van Soest-Poortvliet MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L, De Boer ME, Van Den Block L, et al. Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: A systematic review. *J Alzheimer's Dis* [Internet] 2014 [cited 2020 Aug 15];40(3):743–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24531163/>
12. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Heal Care* [Internet] 2016 [cited 2020 Aug 26];28(4):456–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27353273/>
13. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, Van Der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review [Internet]. Vol. 28, *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd; 2014 [cited 2020 Nov 15]. p. 1000–25. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314526272>
14. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอน 16ก. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. 2550.
15. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. บริษัท อารต ควอลิตี้ไฟท์ จำกัด; 2559. p 110.
16. กระทรวงสาธารณสุข. ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) [Internet]. 2563 [cited 2020 Aug 26]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=778>
17. Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. Comparison of terminally ill cancer-vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany-A single service analysis. *BMC Palliat Care* 2015;14(1):1–7.
18. Zheng L. How good is primary care at identifying patients who need palliative care? A mixed methods study. *Eur J Palliat Care* 2013; 20(5): 216–222.
19. Gutsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, Degolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(5):822–831.
20. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ปีงบประมาณ 2564 [Internet]. HDC program. 2020 [cited 2020 Nov 15]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5&id=a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086
21. Tan WS, Bajpai R, Ho AHY, Low CK, Car J. Retrospective cohort analysis of real-life decisions about end-of-life care preferences in a Southeast Asian country. *BMJ Open* [Internet] 2019 [cited 2020 Aug 17];9(2). Available from: [/pmc/articles/PMC6367977/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC6367977/?report=abstract)
22. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2013 [cited 2020 Jul 12];61(2):209–14. Available from: [/pmc/articles/PMC3760679/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC3760679/?report=abstract)
23. Kim S, Koh S, Park K, Kim J. End-of-life care decisions using a Korean advance directive among cancer patient-caregiver dyads. *Palliat Support Care* [Internet] 2017 [cited 2020 Aug 17];15(1):77–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27804916/>

เอกสารอ้างอิง

24. Cheng SY, Lin CP, Chan HYL, Martina D, Mori M, Kim SH, et al. Advance care planning in Asian culture. *Jpn J Clin Oncol* 2020;50(9):976–989.
25. สุนิย์ ณีตะนันท์. การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล Non-Beneficial Treatments in Hospitalized Advance Stage Cancer Patients. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร* 2562;16.