

## ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง

รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาไปในแนวทางของประเทศพัฒนา การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตายในทศวรรษนี้แตกต่างกับในหลายทศวรรษก่อน ปัจจุบันการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ<sup>1</sup> รายงานของสำนักสถิติแห่งชาติพบว่าในปีพ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากร 66 ล้าน โดยหนึ่งในสามอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อายุขัยเฉลี่ย 73 ปีในเพศชาย และ 80.1 ปีในเพศหญิง หนึ่งในหกของประชากรเป็นผู้สูงอายุ (11.3 ล้านคน)<sup>2</sup> การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วย โรคต่าง ๆ ในอดีตซึ่งไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งหมายถึงการรักษาที่ยาวนานยืดเยื้อ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากอาการไม่สบายทางกายรวมถึงด้านจิตใจ ต้องการการสนับสนุนทั้งด้านผู้ดูแลและการดูแลทางการแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของเวลาที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยระยะนี้จะมีความเปราะบาง ควรหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ การรักษาที่มุ่งยืดชีวิตในสภาพที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสถานะทางวัฒนธรรมและสังคมไทยซึ่งการตัดสินใจเลือกการรักษาต่าง ๆ มักกระทำโดยครอบครัวโดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม ซึ่งบางครั้งการรักษาดังกล่าวอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ

Palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคอง เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย โดยจุดมุ่งหมายของ palliative care คือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือเป็นโรคที่จำกัดอายุขัยของผู้ป่วย โดยมีหลักการคือการยอมรับในเวลาที่เหลืออยู่ โดยไม่ไปยึดหรือเร่งเวลาที่เหลือ แต่ดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ โดยการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะอาการปวดและอาการไม่สบายอื่น ๆ การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณ<sup>3</sup> นอกจากนี้ส่วนสำคัญในการดูแลแบบ palliative care คือการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงจริง รวมถึงทางเลือกต่าง ๆ ในการตัดสินใจและช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์การทำงานด้าน palliative care พบว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้สถานะโรคมักมีการเตรียมตัวมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน และต้องการทางเลือกที่สบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่

### ความสำคัญของการดูแลประคับประคอง

การจัดบริการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะท้ายแบบ palliative care เริ่มมีการพัฒนามามากกว่า 50 ปีในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งพบว่าการดูแลดังกล่าวช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

รวมถึงช่วยประหยัดงบประมาณของการบริการสาธารณสุขซึ่งเกิดจากการตรวจและรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ก่อประโยชน์ แต่เพิ่มความทุกข์ทรมานและสร้างภาระที่หนักหน่วงให้กับครอบครัวผู้ป่วยและระบบสุขภาพ

จากการที่ประเทศไทยมีพัฒนาการด้าน palliative care ล้าช้ามากเมื่อเทียบกับประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์เทียบเคียงกับเราเช่น ไต้หวัน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลี<sup>4</sup> จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาบริการด้านนี้อย่างก้าวกระโดด เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ที่คุกคามกับระบบสุขภาพของประเทศ การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทั้งในภาคสังคมและภาคสาธารณสุข รวมถึงการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและให้สามารถตายดี ในส่วนของการบริการสาธารณสุขมีความจำเป็นที่ต้องมีการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและ cost effective โดยการจัดการความรู้และวิจัยระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด และเป็นความจำเป็นที่ต้องทำอย่างรีบด่วน

### **ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพในระยะท้ายและผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน**

ผู้ป่วยระยะท้ายมักไม่ได้รับการดูแลจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงบริการและไม่สามารถเข้าถึงยา opioids ซึ่งมีความสำคัญในการรักษาอาการปวดและไม่สุขสบาย ประกอบกับปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพพบสูงที่สุดในช่วงหนึ่งปีก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต<sup>5</sup> พบว่าผู้เสียชีวิตใช้ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพถึงร้อยละ 26-30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ร้อยละ 55-77 ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การศึกษาในประเทศไทยโดยชุตินา อัครสิพร<sup>6</sup> ได้ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในประเทศไทยทั้งหมดที่เสียชีวิตในปี พศ. 2548-2549 พบว่าร้อยละ 51 เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ค่าใช้จ่ายในปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 10,646 - 231,167 บาท ร้อยละ 31 - 86% เป็นค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมักประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ จากการต้องใช้จ่ายค่าเดินทาง การขาดรายได้ของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย ค่ากินอยู่ของผู้ดูแลในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล แม้ว่ายาระงับปวดจะสามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิ แต่การจำกัดปริมาณยาในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อย รวมถึงการไม่สามารถเข้าถึงยาระงับปวดในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเสียเวลาทำมาหากิน การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายอาจใช้เวลานานหลายเดือนจึงสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อครอบครัว การศึกษาของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น<sup>7</sup> ซึ่งได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย hepatocellular carcinoma, cholangiocarcinoma และ lung cancer ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยที่ศูนย์การุณรักษ์ได้รับการปรึกษา มาร่วมดูแลจะมีการทำหัตถการต่าง ๆ น้อยกว่าโดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจและสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 16,669 บาทต่อการรักษาในโรงพยาบาลต่อคน การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกะดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่าย

ทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>8</sup> ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>9</sup> ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates)<sup>10</sup> ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ<sup>11</sup> และเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>12</sup> การมีการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล<sup>13</sup> ลดการมาห้องฉุกเฉิน<sup>14</sup> และการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาล<sup>15</sup> การมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ<sup>16</sup> จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

### อุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยระยะท้าย

การศึกษาความชุกไม่ว่าในประชากรทั่วไปหรือใน setting เฉพาะ อาจช่วยในการประเมินสถานการณ์ความต้องการด้านการดูแลประคับประคอง<sup>17</sup> การศึกษาใน high-income countries พบความชุกในประชากรทั่วไปร้อยละ 1-1.4 พบร้อยละ 40 ในโรงพยาบาล และพบถึงร้อยละ 40-65 ในสถานดูแลผู้สูงอายุ การศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทยโดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย<sup>18</sup> พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18 โดยกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งพบร้อยละ 55.6 และ 44.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคองพบมีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากทีมดูแลประคับประคองพบเพียงร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (ตารางที่ 2) การศึกษานี้ยังพบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติพบสูงถึงร้อยละ 45.7 แสดงถึงการที่แพทย์ไม่ได้มีความตระหนักในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 Point-Prevalence of Palliative In-Patients

Hosp Level	No. Hosp	All (N)	PC (n)	% PC	CA (%)		Non-CA	
					No.	%	No.	%
Super	2	1148	212	18.46	153	72.16	59	27.83
Tertiary	7	3216	631	19.62	315	49.92	316	50.07
secondary	5	1399	236	16.86	73	30.93	163	69.06
Total	14	5763	1079	<b>18.72*</b>	600	55.66	538	44.44

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการใช้ strong opioids และ advance care planning ระหว่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาจากทีมดูแลระดับประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา

PC consultation	Strong Opioid Prescribed (%)	ACP in place (%)
All	25.9	28.4
Yes	61.49	88.77
No	20.27	15.76

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ point prevalence ของผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ

Hosp Level	No. Hosp	% PC in general wards	% PC in ICUs
Total	14	18.72	45.7*

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ จึงไม่ทราบขนาดปัญหาหรืออุบัติการณ์ที่แน่นอน แต่จากข้อมูล point prevalence survey ทำให้เห็นขนาดปัญหาของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัดว่ามีความชุกสูง รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการของ palliative specialist มีจำนวนน้อย ดังนั้นการพัฒนาระบบการตรวจกรองและพัฒนาระบบ primary palliative care ในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการดูแลระดับประคับประคองได้มากขึ้น ขณะเดียวกันต้องมีการพัฒนาระบบบริการดูแลระดับประคับประคองในโรงพยาบาลที่แข็งแรงและมีคุณภาพที่ช่วยในการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแล วางแผนการดูแลรักษา ทำแผนดูแลล่วงหน้า และทำแผนจำหน่าย ทั้งนี้จำเป็นต้องมีเครือข่ายส่งต่อที่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองมักมีต้นทางในโรงพยาบาล จากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ โรคไต และโรคอื่นที่ผ่านการรักษาจนเข้าสู่ใน ระยะท้าย ศูนย์ดูแลระดับประคับประคองที่แข็งแรงในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าสู่การดูแลและส่งต่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านพัฒนาองค์ความรู้แก่เครือข่าย

### คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระดับประคับประคอง

มีความจำเป็นที่ต้องมีการเข้าใจคำจำกัดความต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลระดับประคับประคองให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งในอนาคตจะเกี่ยวข้องกับความเข้าใจตรงกันของระบบบริการและระบบการเบิกจ่าย ในปัจจุบันการเบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพในส่วนที่เฉพาะของการดูแลระดับประคับประคองจะเป็นการเบิกจ่ายได้เฉพาะการเยี่ยมบ้านเท่านั้น ในอนาคตอาจมีการเปลี่ยนแปลงระบบการสนับสนุนการเบิกจ่าย จึงจำเป็นต้องมีคำจำกัดความที่ทุกหน่วยงานเข้าใจและใช้ร่วมกัน ในปี พ.ศ. 2562 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระดับประคับประคอง ได้ทำการศึกษาและกำหนดคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับ Palliative care ทั้งหมดและได้ผ่านความเห็นชอบจากนักวิชาชีพและภาคประชา

สังคมแล้ว จะนำคำจำกัดความเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญและบางครั้งมีความเข้าใจสับสนมาให้ได้รับทราบและเพื่อให้เข้าใจตรงกันและสำหรับการใช้อ้างอิง

### **คำจำกัดความเกี่ยวกับระบบการดูแล**

ความแตกต่างของ Palliative care และ Hospice care เป็นคำที่มีความหมายทับซ้อนกัน คือการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย ความแตกต่างตามคำจำกัดความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้กำหนดไว้คือ

**Palliative care คือการดูแลระดับประคอง** ซึ่งคือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดชีวิต (Life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ<sup>19</sup>

**Hospice Care คือการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย** คือการบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เราเรียกระบบบริการนี้ว่า **ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Service)** ซึ่งหมายถึงระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก (Respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าวเรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice)<sup>19</sup>

จากคำจำกัดความจะเห็นว่าการดูแลระดับประคองเป็นการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะที่จำกัดชีวิต/คุกคามต่อชีวิต ซึ่งอาจได้รับการดูแลในแนวทาง palliative approach (primary palliative care) โดยทีมสุขภาพทั่วไปที่ให้การดูแลผู้ป่วย ส่วนคำว่า Hospice care มักหมายถึงการจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จให้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตและโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งอาจมีเวลาเหลือเพียง 6-12 เดือน<sup>20</sup> ซึ่งผู้ให้การดูแลมักเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะ (Palliative care specialist) เป็นการดูแลที่เบ็ดเสร็จเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะนี้ได้ รูปแบบการดูแลมักเป็นการให้การดูแลที่บ้าน หรือในสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice)

โดยทั่วไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรม จะแบ่งการอบรมทักษะด้านการดูแลแบบประคองออกเป็น 3 ระดับ<sup>22</sup> ได้แก่

(1) การดูแลแบบประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(2) การดูแลแบบประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมนุญ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(3) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

ในส่วนของสถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center) ภายใต้การนิยามคำจำกัดความได้แบ่งระดับของสถานดูแลแบบประคับประคองดังนี้

(1) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) ทำหน้าที่จัดบริการ

(2) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center) มีความสามารถในการฝึกอบรมและวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ<sup>19</sup>

คำว่า การดูแลแบบประคับประคอง มีการทับซ้อนกับการดูแลที่เรียกว่า Supportive care ซึ่งแปลเป็นไทยตรงตัวได้ว่า “ประคับประคอง” ซึ่งอาจเกิดความสับสน ผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการเรื่องคำจำกัดความมีความเห็นว่า คำว่า Supportive Care ควรให้คำจำกัดความคือ “การดูแลสนับสนุน” (Supportive Care) หมายถึงการดูแลแบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายคือ เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค หรือจัดการอาการของโรคและผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา<sup>19</sup>

ส่วนคำจำกัดความของ End-of-Life Care คือการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี<sup>19</sup> ทั้งนี้เรามักเข้าใจว่า End-of-Life Care มีความหมายเหมือน Palliative care

การดูแลแบบประคับประคองส่วนหนึ่งจะเป็นการดูแลต่อยอดผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว เช่นผู้สูงอายุที่แก่หง่อม (Fraity) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย (Late-stage dementia) คำจำกัดความของระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ตามคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>23</sup> คือการจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประทุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามคำจำกัดความดังกล่าวอาจสามารถจัดผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าอยู่ในผู้ป่วยภายใต้การดูแลระยะยาว แต่มีระยะเวลาที่สั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับ Advance care planning และ Advance directive

การทำ advance care planning เป็นกระบวนการที่มีสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง และเป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพ เป็นการสื่อสารพูดคุยระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยทำแผนการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ล่วงหน้าเผื่อในอนาคตที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ รวมถึงการทำ advance care planning มักมีการนำไปสู่การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของโรคหรือสภาวะความเจ็บป่วย ความแตกต่างระหว่างสองกระบวนการนี้คือ advance care planning เป็นแนวทางการดูแลตลอดระยะเวลาความเจ็บป่วยและเป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกไว้ ส่วนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายที่จะเสียชีวิตและเป็นเอกสารตามกฎหมาย คำจำกัดความของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) คือกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษานิติกรในครอบครัว หรือปรึกษานิติกรสุขภาพ<sup>19</sup> และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) คือหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย<sup>19</sup> ในการทำแผนดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มักจะมีการแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีที่มีความต้องการของผู้ป่วยระบุไว้อาจไม่ชัดเจน ผู้ตัดสินใจแทนจะเป็นผู้บอกความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยทีมสุขภาพในการตัดสินใจ คำจำกัดความของผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)<sup>19</sup> คือบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด จะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ทำเอกสารที่มีผลทางกฎหมายเรียกว่าหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney) ซึ่งเป็นเอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้<sup>19</sup>

### คำจำกัดความเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ทีมที่ทำงานด้านการดูแลระดับประคองมักเผชิญกับปัญหาผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการพยาบาลเพื่อหวังว่าจะสามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยแต่เมื่อถึงจุดที่แพทย์ผู้รักษามองเห็นแล้วว่าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ การคงอยู่ในเครื่องพยุงชีพจึงเป็นการยืดความตาย มีครอบครัวจำนวนมากต้องการยุติเครื่องพยุงชีพเพื่อปลดปล่อยผู้ป่วยจากความ

ทุกขั้ทรมาน การยุติเครื่องพยุงชีพมักถูกมองว่าเป็นการทำการุณยฆาต จึงควรมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความของ**การรักษาพยุงชีพ (Life-Sustaining Treatment)** คือการรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ระดับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจและความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ<sup>19</sup> แพทย์ส่วนใหญ่มักมีความลำบากใจในการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวในการขอยุติการพยุงชีพ แนวคิดทางจริยธรรมมองเห็นว่าการยุติเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตเป็นการยอมรับให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติตามคำจำกัดความนี้ **การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death: AND)** คือการตัดสินใจให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยงดการรักษาพยุงชีพ ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Active Dying) เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน<sup>19</sup> สถานการณ์ที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษาพยุงชีพที่รุกรานที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ และต้องทิ้งให้เสียชีวิตอยู่ในเครื่องพยุงชีพมีจำนวนมาก จากงานวิจัย Point prevalent survey of 14 hospitals in Thailand<sup>18</sup> พบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยุงชีพในหอผู้ป่วยระยะยวฤติร้อยละ 45.7 เข้าได้กับผู้ป่วยระยะท้าย และการสำรวจในหอผู้ป่วยทั่วไปพบผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการใช้พยุงชีพด้วยเครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 24.6 การใช้เครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ และถ้ามีการดำเนินการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพแล้วไม่ประสบผลสำเร็จควรพิจารณาถอนตามความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว คำจำกัดความของ**การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment)** และ**การถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment)** คือการตัดสินใจไม่เริ่มใช้ ไม่เพิ่มระดับการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) การหยุดหรือถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องพยุงชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต และก่อผลเสียหรือภาวะมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เองภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้ การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ มิใช่เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)<sup>19</sup> ซึ่งคำจำกัดความของ**การุณยฆาต (Euthanasia)** คือการกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา หรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ<sup>19</sup>

### อนาคตของการดูแลแบบประคับประคอง

ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่มีระบบการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระบบบริการสุขภาพอย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ World Health Organization<sup>24</sup> มีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลประคับประคองให้ครอบคลุมโดยการขยายขอบเขตของการดูแลแบบประคับประคองในทศวรรษใหม่จากหลักการเดิมที่ครอบคลุมเฉพาะระยะสุดท้ายของโรคซึ่งระยะเวลาการดูแลอาจเป็นไม่กี่เดือนและส่วนใหญ่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคมะเร็ง ไปสู่หลักการครอบคลุม



คลุมตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่ม non-cancer ด้วย รูปแบบการดูแลจากการที่เริ่มเมื่อยุติ curative care ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองซ้ำเกินไป ควรเริ่มการดูแล palliative care ควบคู่กับ curative care เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การดูแลควรส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมโดยการทำแผนดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคองไม่ควรเป็นแบบแยกส่วนแต่ควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ ในส่วนของการจัดบริการควรขับเคลื่อนจากการทำงานในรูปแบบศูนย์ดูแลประคับประคอง (Palliative care service) ไปสู่การมีระบบการดูแลแบบ Palliative approach คู่กันไป การปรับเปลี่ยนจาก institutional approach เป็น community approach และการจัดบริการเข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างสมบูรณ์<sup>25</sup>

การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญสำหรับระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้

## เอกสารอ้างอิง

1. การสาธารณสุขไทย 2551-2553.
2. National Statistic Office. <http://www.nso.go.th/sites/2014en> Access Mar 2020.
3. World Health Organization. WHO definition of palliative care. 2005 [Internet]. [cited 2020 April 15] <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>. Access Mar 2020.
5. Seshamani M, and Gray AM. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on healthcare costs. *Age Ageing* 2004;33(6):556-61.
6. ชูติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์และพวก. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. พศ.2550.
7. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, et al. A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care. *J Palliat Care Med* 2016, 6:1
8. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen, Litke A, et al. Cost saving associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med* 2008;168:1783-90.
9. May P, Normand C, Cassel JB, et al. "Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults with Serious Illness: A Meta-analysis," *JAMA Intern Med*, 2018;178(6):820-829.

10. Cassel JB, Garrido M, et al. "Impact of Specialist Palliative Care on Re-Admissions: A "Competing Risks" Analysis to Take Mortality into Account," *J Pain Symptom Manage*, 2018; 55(2):581.
11. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. "Estimating the Effect of Palliative Care Interventions and Advance Care Planning on ICU Utilization: A Systematic Review," *Crit Care Med*, 2015; 43(5):1002-11.
12. Casarett DS, Shreve C, Luhrs K, et al. "Measuring Families' Perceptions of Care Across a Health Care System: Preliminary Experience with the Family Assessment of Treatment at End-of-life Short Form (FATE-S)," *J Pain Symptom Manage*, 2010; 40:801-809.
13. Lustbader D, Mudra M, Romano C, et al. "The Impact of a Home-based Palliative Care Program in an Accountable Care Organization." *J Palliat Med*, 2016; 20(1):23-28.
14. Krakauer, R, Spettell C, Reisman L, et al. "Opportunities to Improve the Quality of Care for Advanced Illness." *Health Aff*, (2009):28(5).
15. Scibetta C, Kerr K, Mcguire J, Rabow MW. "The Costs of Waiting: Implications of the Timing of Palliative Care Consultation Among a Cohort of Decedents at a Comprehensive Cancer Center," *J Palliat Med*, Jan 2016; 19(1):69-75.
16. Spettell CM, Rawlins WS, Krakauer R, Fernandes J, Breton ME, Gowdy W, Brodeur S, MacCoy M, Brennan TA. "A Comprehensive Case Management Program to Improve Palliative Care," *J Palliat Med*, 2019; 12(9):827-832.
17. Gomez-Batiste X, Martínez-Munoz M, Blay C, Amblas J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Constante C, Mitchell GK . Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study . *Palliat Med* 2014; 28(4):302-311.
18. Pairojkul S, Thongkhumcharoen R, Raksasattaya A, et al. Point prevalent survey of 14 hospitals in Thailand. In publishing process.
19. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ สมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) สำหรับประเทศไทย

20. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care – creating a sustainable model. NEJM 2013; 368:1173-1175.
21. Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1[Internet]. European journal of palliative care, 2009; 16(6) [cited 2020 18 July] Available from:  
<https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf>
22. Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). (Internet). Palliative Care Competence Framework. Dublin: Health Service Executive. (cited 2020 18 July) Available from:  
<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/322310/CompetenceFrameworkFinalVersion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. [cited 2020 July 18]. Available from: <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/คู่มือ%20LTC%20.pdf>
24. Stjernsward J, Gomez-Baptiste X. Palliative care: The public health strategy. J Public Health Policy 2007;28:42e55.
25. Gomez-Batiste X, Connor S, Luyirika E, Kumar S, Krakauer E, et al. Principles, definitions and concepts. In: Gomez-Batiste X and Connor S. Building integrated palliative care programs and services. Liberduplex, Catalonia, 2017, p 21-42.