

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นขบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ เป็นขบวนการที่มีความสำคัญและนำไปสู่การทำแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย

คำจำกัดความ

ก่อนอื่นควรทราบคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรที่มีบทบาทสำคัญด้านการดูแลประคับประคองได้จัดทำคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย¹ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทั้งนี้ได้นำคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องมาให้ทราบดังนี้

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) คือกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) คือหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) คือบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด จะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney) คือเอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือการที่บุคคลเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาในแนวทางที่ตัวเองต้องการ เพื่อในกรณีที่ที่บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจ ไม่สามารถแจ้งความจำนงแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการแก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลได้ เมื่อมีเหตุแทรกซ้อนที่แพทย์ลงความเห็นว่าผลลัพธ์ของการรักษาอาจล้มเหลว หรือเมื่อผลการรักษาไม่สามารถทำให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หรือเมื่อโรคร้ายอยู่ในวาระสุดท้าย ในกรณีดังกล่าวข้างต้นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันจำนวนมากไม่ต้องการรับการรักษาที่รุกรานกับร่างกายและที่แพทย์เห็นว่าไม่ก่อเกิดประโยชน์หรือได้ประโยชน์น้อยแต่สร้างความทุกข์ทรมาน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่แข็งแรงดี มีโอกาสประสบอุบัติเหตุหรือป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่นโรคหลอดเลือดสมองทำให้สูญเสียสมรรถนะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียการรับรู้อย่างถาวร มีคนจำนวนมากมีความเห็นว่าเป็นสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิต และถ้าผลลัพธ์เป็นเช่นนั้น บางคนอาจไม่ต้องการให้แพทย์ยืดการรักษาต่อ หรือตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นมะเร็งปอดหรือมะเร็งแพร่กระจายไปปอด ต่อมาโรคลุกลามจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถหายใจได้ ทางเลือกของการใส่เครื่องช่วยหายใจอาจใช้เวลาได้มากขึ้นเป็นวันๆ หรือสัปดาห์ๆ แต่ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้ ต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งครอบครัวไม่สามารถอยู่ด้วยได้ ต้องเสียชีวิตในสภาพเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และโดดเดี่ยว ผู้ป่วยจำนวนมากจึงทำแผนการดูแลตัวเองไว้ล่วงหน้า โดยเลือกการดูแลรักษาในแนวทางแบบประคับประคอง ซึ่งมีทีมดูแลประคับประคองช่วยดูแล ใช้จ่ายจัดการอาการไม่ให้เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน และสามารถวางแผนแจ้งความต้องการรับการรักษาในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล ในสภาวะแวดล้อมที่สงบ มีครอบครัวอยู่รายล้อม และจากไปอย่างสงบตามสภาวะโรคโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพต่าง ๆ มายืดความตาย การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาในแนวทางที่ตนเองต้องการ ไม่ใช่ให้ลูกหลานหรือคนอื่นมาตัดสินใจให้ ซึ่งอาจทำให้ลำบากใจถ้าจะไม่รักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้ครอบครัวทราบความต้องการและไม่ต้องลำบากใจในการตัดสินใจแทน รวมถึงลดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้ทีมสุขภาพทราบและดำเนินการในแนวทางการดูแลที่ตนเองต้องการ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตเป็นไปได้อย่างราบรื่น² และพบว่าครอบครัวผู้สูญเสียที่มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่า³ ปัจจัยสำคัญที่ผู้ทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้ามักระบุว่าเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์คือการได้มีโอกาสเตรียมตัว ไม่ต้องการเป็นภาระกับผู้อื่น และการรับรู้ว่ามีโอกาสควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง และเป็นการตายดี⁴

ทีมดูแลประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงจริง รวมถึงทางเลือกต่าง ๆ ในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้สภาวะโรคมักมีการเตรียมตัวมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน และต้องการทางเลือกที่สุขสบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ นอกจากนี้การทำแผนดูแลล่วงหน้าจะหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ สร้างภาระกับระบบสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้าน

บริการสุขภาพพบสูงที่สุดในช่วงหนึ่งปีก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต⁵ พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตซึ่งพบร้อยละ 5-6 ใช้ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพถึงร้อยละ 26-30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ร้อยละ 55-77 ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในประเทศไทยมีการศึกษาการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พศ. 2550 พบว่ามากกว่าครึ่งเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ และครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง⁶ การศึกษาของศูนย์การอนุรักษ์พบการดูแลแบบประคับประคองช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายถึง 16,000 บาทต่อรายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง⁷

พัฒนาการด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในต่างประเทศและในประเทศไทย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในปี ค.ศ.1990 โดยบุคคลสามารถทำเอกสารปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต และภายใน ค.ศ.1997 ทุกรัฐได้มีการออกกฎหมายดังกล่าวและสามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน ในประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ก็เริ่มมีการออกกฎหมายให้ประชาชนสามารถแสดงความจำนงในการปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่า advance directive (AD) ซึ่งประเทศไทยคือมาตรา 12 ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พศ.2551 อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า advance directive ไม่ได้ได้รับความนิยมหรือการยอมรับดีเท่าที่ควรตามเป้าประสงค์ โดยมีผู้ทำ advance directive เพียงร้อยละ 5-25^{8,9} เนื่องจากการเกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิตและเป็นเรื่องของการปฏิเสธการรักษาซึ่งสร้างความกังวลใจกับแพทย์ผู้รักษา¹⁰ การวิเคราะห์ความล้มเหลวของ advance directive พบว่าการทำ advance directive มักไม่มีการพูดคุยถึงแนวทางการดูแลในระยะที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่มีการพูดคุยถึงการมองเห็นคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ การพูดคุยมุ่งไปที่ปฏิเสธการรักษาพุงชีพในวาระสุดท้ายเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำ advance directive มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (non-cancer) ซึ่งการประเมินว่าเมื่อไรผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายบางครั้งประเมินได้ลำบาก ทำให้แพทย์ลำบากในการตัดสินใจและเลือกที่จะรักษาเต็มที่ซึ่งมักตามมาด้วยการรักษาพุงชีพในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและบางครั้งมีการยืดอย่างยาวนาน รวมถึงไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะยืดความตาย^{11,12} จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดพัฒนาการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าขึ้น (advance care planning) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าได้รับการยอมรับที่ดีจากผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดความก้าวหน้าในการพัฒนาการด้านนี้ไปอย่างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ Five Wishes¹³ มีการจัดตั้งองค์กรชื่อ Respecting Choices Program¹⁴ ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1991 เพื่อทำการรณรงค์ในวงกว้างในเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้า มีการฝึกอบรมทีมสุขภาพและทีมในชุมชนเพื่อเป็น program facilitators อย่างเป็นระบบ รวมถึงจัดทำเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าและส่งเสริมการใช้อย่างกว้างขวาง ผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มการทำ advance directive ได้ถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 98 ของแนวทางการรักษาเป็นไปตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนตัดสินใจไว้ล่วงหน้า^{15,16} สหราชอาณาจักรก็ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเช่นกัน โดยมีการจัดตั้งโปรแกรมชื่อ Preferred Priorities for Care ซึ่งดัดแปลงจาก Preferred Place of Care พัฒนาโดย

Lancashire and South Cambria Cancer Network เพื่อประเมินโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลชุมชนซึ่งส่งเสริมการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง¹⁷ ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น Preferred Priorities for Care และได้รับการนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งใน NHS End of Life Programme ร่วมกับ Liver Pool Care Pathway และ Gold Standard Framework¹⁸ ปัจจุบัน Preferred Priorities for Care ได้รับการนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในผู้ป่วย acute organ failure, dementia, frail elderly, non-cancer illnesses ทั้งใน acute hospital, residential home และ hospice การประเมินผลการใช้ Preferred Priorities for Care พบว่าได้ผลน่าพอใจทั้งในผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ^{19,20} ในประเทศไทยยังไม่มีมีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเปรียบเทียบระหว่างอัตราการทำแผนดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารมาตรา 12 สถิติของศูนย์การุณรักษ์ในปี พศ.2555 พบมีการทำเอกสารมาตรา 12 ร้อยละ 11 ในขณะที่มีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 45 ในปี พศ.2560 มีแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 85 ในขณะที่มีการทำเอกสารมาตรา 12 เพียงร้อยละ 8²¹

ความแตกต่างระหว่างการทำแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ (Advance directive)

แผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกให้ทีมสุขภาพทราบถึงแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ กรณีเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงหรือการเจ็บป่วยทั้งที่คาดคิดและไม่คาดคิดเกิดขึ้นตลอดเวลาหลังการทำแผน โดยบุคคลสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าการรักษาแบบใดที่บุคคลนั้นต้องการหรือไม่ต้องการ สามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน แผนดูแลล่วงหน้าไม่ใช่เอกสารตามกฎหมาย ซึ่งแตกต่างจากหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพรบ.สุขภาพซึ่งเป็นเอกสารตามกฎหมายที่บุคคลปฏิเสธการรักษาเพียงเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น การทำแผนดูแลล่วงหน้ามักมีการนำไปสู่การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพรบ.สุขภาพด้วย

ใครควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยด้วยโรคที่คุกคามกับชีวิต หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่ไม่คาดคิด ซึ่งได้แก่บุคคลเหล่านี้

- ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด strokes (ผู้ที่มี hypertension)
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น early dementia
- ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และมีโอกาสเป็นซ้ำ
- ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลใน long-term care

อย่างไรก็ตามบุคคลที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคร้ายแรงก็สามารถที่จะทำแผนดูแลล่วงหน้าได้

ข้อดีของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มักก่อให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยรู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หลีกเลี่ยงความสับสนหรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นคือ

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ
- ลดปัญหา over- หรือ under-treatment
- ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลในแบบที่ต้องการได้ ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะที่ตนเองรู้สึกไร้พลังอำนาจ
- ลดการเป็นภาระให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน

ในวัฒนธรรมบ้านเรามักให้ความสำคัญในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยน้อย การไม่ยอมให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย รวมถึงการไม่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเอง เมื่อมีการตัดสินใจให้ผู้อื่น บางครั้งผู้ตัดสินใจเกิดความกังวล และไม่มั่นใจว่าการตัดสินใจดังกล่าวเป็นความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ รวมถึงบางครั้งผู้ตัดสินใจยึดเอาผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง เช่น บุตรที่ไม่มีโอกาสได้ดูแลบิดามารดาอาจต้องการให้แพทย์ยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสดูแลทดแทนคุณ หรือครอบครัวอาจกลัวถูกตีฉันทินินทาจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องที่ไม่ให้แพทย์ทำถึงที่สุด

อุปสรรคของการทำแผนดูแลล่วงหน้าและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากในประเทศไทย ยังไม่มีระบบการทำแผนดูแลล่วงหน้ามาปฏิบัติอย่างเป็นทางการ ยังไม่มีระบบจัดเก็บเอกสารการทำแผนดูแลล่วงหน้ารวมถึงเอกสารมาตรา 12 ที่สามารถให้แพทย์เข้าถึงได้ จึงยังมีความยุ่งยากทั้งในขั้นตอนการทำและการเข้าถึง อุปสรรคที่สำคัญได้แก่

- ในผู้ป่วยระยะท้ายบางครั้งมีความยากลำบากในการประเมินพยากรณ์โรค ทำให้แพทย์ไม่มีความมั่นใจว่าสมควรถึงจุดที่จะทำตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วหรือไม่ การแก้ปัญหาคือการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลประคับประคอง
- แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการสื่อสาร ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการสื่อสารด้านนี้ได้อย่างมั่นใจ ทำให้แพทย์ไม่สบายใจในการพูดคุย หรือหลีกเลี่ยงการพูดคุย จึงควรมีการพัฒนาทักษะทีมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป และทีมสุขภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง
- ไม่มีระบบการรองรับ เพื่อให้สามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีความมั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติ ในอนาคตควรมีการทำระบบจัดเก็บแผนดูแลล่วงหน้าและเอกสารมาตรา 12 ของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ และควรเป็นระบบที่ยอมรับและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ

- ประชาชนขาดความตระหนัก เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายไม่ยอมกอดศพ รื้อร่างหรือเกี่ยวกับความตาย และไม่เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวล่วงหน้า จึงควรมีการสร้าง ความตระหนักให้กับสังคม จุดเริ่มต้นที่ดีคือการทำในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการมีแผนดูแลล่วงหน้ารองรับ การทำจำเป็นต้องมีครอบครัวอยู่ด้วย ก็จะเป็นการสร้าง ความตระหนักให้กับคนรุ่นอื่นต่อไป ด้วย
- ประเพณีวัฒนธรรมของไทยที่ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะกลัวผู้ป่วยหมดความหวัง รวมถึงการเคารพในตัวตนของผู้ป่วย ความเชื่อในเรื่องของการรักษาให้ถึงที่สุด ควรกระตุ้นให้มีการเคารพสิทธิ การพูดคุยอย่างเปิดเผยและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวและขั้นตอนเกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย

เป็นขบวนการที่อาศัยความละเอียดอ่อน และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแล และเป็นขบวนการที่ทำให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยได้ทราบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1) ขบวนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารสร้างความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ใช้ความละเอียดอ่อนและสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร พูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนดังกล่าว แพทย์ต้องพูดคุยเพื่อค้นหาผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) รวมถึงค้นหาผู้เป็นตัวหลักหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในระดับใด

ขั้นตอนที่ 2 การบอกพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่ตรงจริง โดยแพทย์ต้องมีทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ ใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวัน เพื่อให้เข้าใจง่าย การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคมีความสำคัญ ไม่ควรให้การพยากรณ์โรคที่ดีเกินจริง หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ รวมถึงทีมสุขภาพช่วยร่วมวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และการบริการต่างๆ ที่ครอบครัวต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ ควรพยายามส่งเสริมให้มีการพูดคุย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต และมีโอกาสสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรค รวมถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ถ้าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะดี ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินขึ้น ผู้ป่วยมีเป้าหมายให้แพทย์ดูแลในแนวทางใด เป้าหมายอาจได้แก่ การทำทุกอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดไม่ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร หรือเป้าหมายการรักษาที่ไม่รุกรานถ้าแพทย์เห็นว่าโอกาสสำเร็จมีน้อยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางคนอาจอยากเลือกเป้าหมายให้แพทย์ทดลองรักษาแต่ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นตามที่

หวังขอให้ยุติและถดถอยการรักษานั้นออก ควรมีการพูดคุยถึงเป้าหมายการดูแลเมื่อโรคร้ายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยมักอยู่ในสภาวะติดเตียงต้องพึ่งพิงทุกอย่าง ต้องเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่คล้ายกันคือ ต้องการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและหลีกเลี่ยงการพุงซีฟ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการดูแล ทีมสุขภาพควรพูดคุยเรื่องรายละเอียดทางเลือกของการดูแลรักษาต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง แผนการดูแลของผู้ป่วยต้องคล้อยตามเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยวางไว้ เช่นไม่ว่ามีอะไรเกิดขึ้นเป้าหมายคือการรักษาเต็มที่ให้ได้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การรักษาทุกอย่างยังต้องคงไว้ เช่นการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใช้เครื่องพุงซีฟต่าง ๆ แต่ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วยคือการดูแลให้สุขสบายไม่รุกราน แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวด เช่นให้ยาระงับอาการ การให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม ปฏิเสธการพุงซีฟที่รุกราน เช่น การเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การล้างไต เป็นต้น ทีมสุขภาพอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่ต้องการเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เครื่องพุงซีฟ ข้อดี ข้อเสีย ความไม่สุขสบายและภาวะที่เกิดขึ้น พุดคุยคำสั่งการกู้ชีพ (resuscitation order's) การยืนยันถดถอยเครื่องพุงซีฟชีวิตถ้าการลองรักษาไม่ได้ผลตามคาด

2) การบันทึกเจตจำนงของผู้ป่วยและการจัดเก็บบันทึกเอกสาร (Advance planning documents)

- หลังจากที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงเลือกเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์ควรทบทวนเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก่ไขในส่วนที่ยังคลาดเคลื่อนหรือเข้าใจไม่ตรงกัน
- ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตจำนงต้องมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษาของทีมสุขภาพ
- ให้ผู้ป่วยเซ็นเอกสาร
- เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

3) มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นระยะ

บทบาทของตัวแทนผู้ป่วย ต้องให้ตัวแทนในการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในการสนทนาเพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทนกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วย โดยยึดเจตจำนงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อบกพร่องที่มักพบในการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

- ขาดการพูดคุยอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นเฉพาะการเซ็นเอกสาร
- การสนทนาทำในวงแคบ ไม่มีการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นรูปธรรมและหลากหลาย ให้มีโอกาสพิจารณาอย่างทั่วถ้วน
- เจตจำนงของผู้ป่วยที่ระบุไว้อาจไม่ชัดเจน

- ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้ร่วมในการสนทนา ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ทำให้ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ปัญหาและช่องว่างด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าในประเทศไทยและแนวทางการพัฒนา

ปัจจุบันในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีแบบฟอร์มและการจัดเก็บแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบศูนย์ดูแลประคับประคองซึ่งมีบทบาทในการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถเผยแพร่และช่วยในการฝึกอบรมทีมสุขภาพอื่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไปไม่เข้าใจหลักการและขาดทักษะการสื่อสาร รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปและผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในระยะท้ายไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลประคับประคองทำให้ขาดการพูดคุยทำแผนดูแลล่วงหน้า แนวทางการพัฒนาให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงการทำแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ การศึกษาของทีมดูแลประคับประคองเพื่อช่วยเผยแพร่องค์ความรู้และทักษะ การจัดตั้งคลินิกการทำแผนดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลโดยอาศัยทีมดูแลประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการทำแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น นอกจากนี้การสร้าง ความตระหนักทั้งในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปก็เป็นส่วนที่มีความสำคัญ

สรุปโดยรวมภาระโรคในปัจจุบันของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น รวมถึงปริมาณผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าจากการที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคองเข้าร่วมดูแล การขาดความตระหนักในบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ รวมถึงประชาชนขาดความเข้าใจเข้าไม่ถึงข้อมูล ทำให้ขาดการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ ทุกข์ทรมานและสร้างความล่มสลายทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว จึงควรมีการสร้างและพัฒนาระบบการเข้าถึงและการส่งเสริมการทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย และการสร้างความตระหนักในประชาชนทั่วไป แม้อัตรา 12 ใน พรบ.สุขภาพได้เริ่มดำเนินการมารวม 12 ปี แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับขององค์กรแพทย์และมีการทำเอกสารตามมาตรา 12 น้อยมากเนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การส่งเสริมการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าจะช่วยให้มาตรา 12 ประสบความสำเร็จมากขึ้น และครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย
2. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, and Silverter W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized control trial. BMJ 2010;340:c1345.
3. Smith RA. Good death “Age Concern Debate of the Age”. BMJ 2010; 320:129-30.

4. Steinhauer KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Int Med* 2000;132:825-32.
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 อรรคสิทธิ์พันธ์และพวก. 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. Lorenz KA, Lynn J, Morton SC, et al. (2004) End-of-Life Care and Outcomes, AHRQ Evidence Report/Technology Assessment, 110 Publication. 05-E004-1, Rockville MD. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11874/>
9. Ramsaroop SD, Reid MC, and Edelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success. *J Am Geri Soc* 2007;55:277-83.
10. Brown BA. The history of advance directive: a literature review. *J Gerontol Nurs* 2003;29:4-14.
11. Lynn J and Goldstein N. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwanted suffering. *Ann of Int Med* 2003;138:812-16.
12. Center of Disease Control. Deaths: Public Health and aging: trends in aging – United States and Worldwide. *MMWR Weekly* 2003;52:101-6.
13. Five Wishes <https://fivewishes.org>
14. The Respecting Choices Program. <http://www.learnrc.org/default.asp> Agency for Integrated Care. <https://www.aic.sg> (access January 11, 2020)
15. Hammes BJ and Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Int Med* 1998;158:383-90.
16. Schwartz CE and Hammes B. Measuring patient treatment preferences in end-of-life care between patients and their health care agents helps define and document the patient's wishes for both patient and agent. *J Pall Med* 2004;7:233-45.

17. Storey L, O'Donnell L, and Howard A. Developing palliative care practice in the community. *Nursing Standard* 2002;18:40-2.
18. End of Life Care Programme (2006). *Advance Care Planning*. NSH End of Life Care Programme. <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/>
19. Wood J, Storey L, and Clark D. Preferred Place of Care: an analysis of the "first 100" patient assessments. *Pall Med* 2007;21:449-50.
20. Storey L, Wood J, and Clark D. An evaluation strategy for Preferred Place of Care. *Prog Pall Care* 2006;14:20-123.
21. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น