

การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Advance Care Planning in the Palliative Patients

Passorn Rotpenpian

Department of Family medicine, Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center Srinakharinwirot University.

Received: 22 September 2021 / Edit: 9 November 2021 / Accepted: 12 November 2021

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวาระสุดท้ายของชีวิต เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ซึ่งอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ใช้ทั้งความรู้ทางการแพทย์ และทักษะการสื่อสาร โดยเน้นกระบวนการมากกว่าระบบเอกสาร ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกระบวนการ ทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรและระบบ โดยระหว่างกระบวนการ ต้องคำนึงถึงหลักกฎหมาย ทั้งสิทธิผู้ป่วย สิทธิในวาระสุดท้าย และที่สำคัญ คือ หลักเวชจริยศาสตร์ เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การวางแผนการรักษา และสุดท้ายเพื่อนำผู้ป่วยไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบ

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า; การดูแลแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยระยะท้าย

Nowadays, palliative care plays an important role in patient care, especially in the last days of life. The goal of palliative care can serve ameliorated quality of life and promote the patient to die with human dignity. These things can happen through a pre-planning process to take care of themselves. It relies on both science and art, including medical knowledge and communication skills by focusing on the process rather than the document system. Consequence, the construction of patient care should be performed before initial process, whether it is both the patient and the family, medical personnel, organization and system. During this construction, we should acknowledge about law including, patient's right, right for the end of life and medical ethic. The essential ethic is contributed to understand the patients and their family, and subsequently it leads to the planning health care and promotes their peaceful death.

Keyword: Advance care planning; palliative care; end-of-life patients

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(6): 755-760. • Srinagarind Med J 2021; 36(6): 755-760.

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวขึ้น สาเหตุของการเสียชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม จากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง ปัจจุบันอัตราการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง คิดเป็น 120.5 คนต่อแสนประชากรต่อปี¹ เมื่อผู้ป่วยคนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือบางครั้งอาจเรียกว่า ผู้ป่วยหมดหวัง ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สุดท้ายผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีลมหายใจแต่ไม่มีความสุข

สบาย และจบชีวิตลงด้วยการตายที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ การเสียชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมานทั้งจากตัวโรคเองและจากการรักษา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรเทาความทุกข์ทรมาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และยังทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ² ดังนั้น กระบวนการการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (advance care planning) ต้องอาศัยการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เข้ามาช่วยในการติดต่อประสานงาน ทั้งกับทีมการรักษาด้วยตนเอง และกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป้าหมายในการช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ และ

ตอบสนองความหวัง ความต้องการที่ของหลากหลายผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care planning) มีบทบาทสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นกระบวนการของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและวางแผนการรักษาในอนาคต โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ด้วยตัวเองแล้ว เพื่อนำผู้ป่วยไปสู่การหมดวาระสุดท้าย หรือการตายที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว^{2, 3}

การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่สำคัญ นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพ้นจากความทุกข์ และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตตามที่ต้องการ ยังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและถูกต้องตามหลักกฎหมาย ตลอดจนที่สำคัญช่วยแก้ปัญหาทางเศรษฐศาสตร์ของประเทศไทยด้วย กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตสูงที่สุดในทุกช่วงชีวิต (ประมาณร้อยละ 8-11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน)^{1, 2}

องค์ประกอบของการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า

1. Patient preference หมายถึง เมื่อถึงวาระสุดท้าย สิ่งที่ใช้ต้องการและเป้าหมายของการดูแลรักษาคืออะไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร อยู่ในระยะใด ได้รับการรักษาอะไร และผลการรักษาเป็นอย่างไร ดังนั้นผู้ที่สื่อสารกับผู้ป่วยในประเด็นนี้ต้องคอยเป็นคอยไป อาศัยการรับรู้และความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งประเด็นการสื่อสารนี้ถือเป็นสิ่งที่สำคัญ^{2, 4}

2. Advance decision (advance directive, living will) หมายถึง การแสดงเจตนาว่าจะรับ หรือไม่รับเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเอง เมื่อตนเองอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ในอนาคต เพื่อเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับกฎหมาย เป็นการตายโดยไม่ใช้เจตนาตาย² ซึ่งสอดคล้องกับมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”^{2, 4}

3. Proxy nomination หมายถึง การเลือกบุคคลใกล้ชิดเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อตนเองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว^{2, 4}

ขั้นตอนของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า

การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า หรือการเตรียมตัวตาย เน้นกระบวนการมากกว่าเอกสาร ส่วนเอกสารเป็นเหมือนสื่อกลางในการสื่อสาร เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานของทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด แต่

กระบวนการเตรียมตัวตายนี้เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงเรื่องการตายเหมือนเป็นการแข่งหรือเป็นลางร้าย ทำให้การพูดคุยในเรื่องนี้ต้องจบลง ดังนั้นการวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้าต้องมีการเตรียมการ ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในแต่ละขั้นตอน การเตรียมการอาจแบ่งได้ดังต่อไปนี้ 1) เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว 2) เตรียมบุคลากรทางการแพทย์และ 3) เตรียมองค์กร และระบบ

1. เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อทราบผลการวินิจฉัยที่ชัดเจนแล้ว ทีมการรักษาต้องเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวดังต่อไปนี้

1.1 แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยและการดำเนินโรค

1.2 ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการทำความเข้าใจกับตัวโรคและการดำเนินโรค

1.3 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าว่า เป็นการเตรียมรับมือกับอาการที่เกิดขึ้น ไม่ใช่สิ้นสุดการรักษา โดยที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทุกเมื่อตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2. เตรียมบุคลากรทางการแพทย์ แม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้น แต่ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้ายังไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมบุคลากร เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ซึ่งทักษะที่จำเป็นคือ “ทักษะการสื่อสาร” ทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ โดยการสื่อสารขณะทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้ามีหลักการสำคัญดังนี้⁵

2.1 ทักษะในการทบทวนถึงความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับตัวโรค (Review)

2.2 ทักษะในการประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อหาเป้าหมายการรักษา (Clarify)

2.3 ทักษะในการพิจารณาถึงแนวทางการรักษา เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษา โดยชี้แจงถึงการรักษาที่อาจจะเกิดขึ้น (Intervention)

2.4 ทักษะในการวางแผนการดูแลตามเป้าหมายที่ต้องการ (Plan)

2.5 ทักษะในการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และแสดงออกเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกรับรู้ (Empathy)

นอกจากทักษะที่กล่าวในข้างต้น คุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ “พรหมวิหาร 4” ได้แก่ 1) เมตตา (ความประสงค์ให้ผู้อื่นมีความสุข) 2) กรุณา (ความประสงค์ที่จะช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์) 3) มุทิตา (ความรู้สึกยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดี) 4) อุเบกขา (ความวางใจเป็นกลางต่อความสุขและความทุกข์ที่ตนเองมีและผู้อื่นได้รับ) คุณสมบัตินี้ นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพ้นทุกข์ และยังทำให้บุคลากรทางการแพทย์นั้นสามารถทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานและคงอยู่กับสถานการณ์เหล่านี้ได้ต่อไป⁶

3. เตรียมองค์กรและระบบ องค์กรและระบบมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นอย่างมาก อันดับแรก ผู้

บริหารต้องเห็นความสำคัญของการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า และมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเกิดความมั่นใจ เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานมากขึ้น นอกจากนี้องค์กรต้องมีระบบที่เอื้ออำนวยต่อการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นถูกละเลยการรักษา

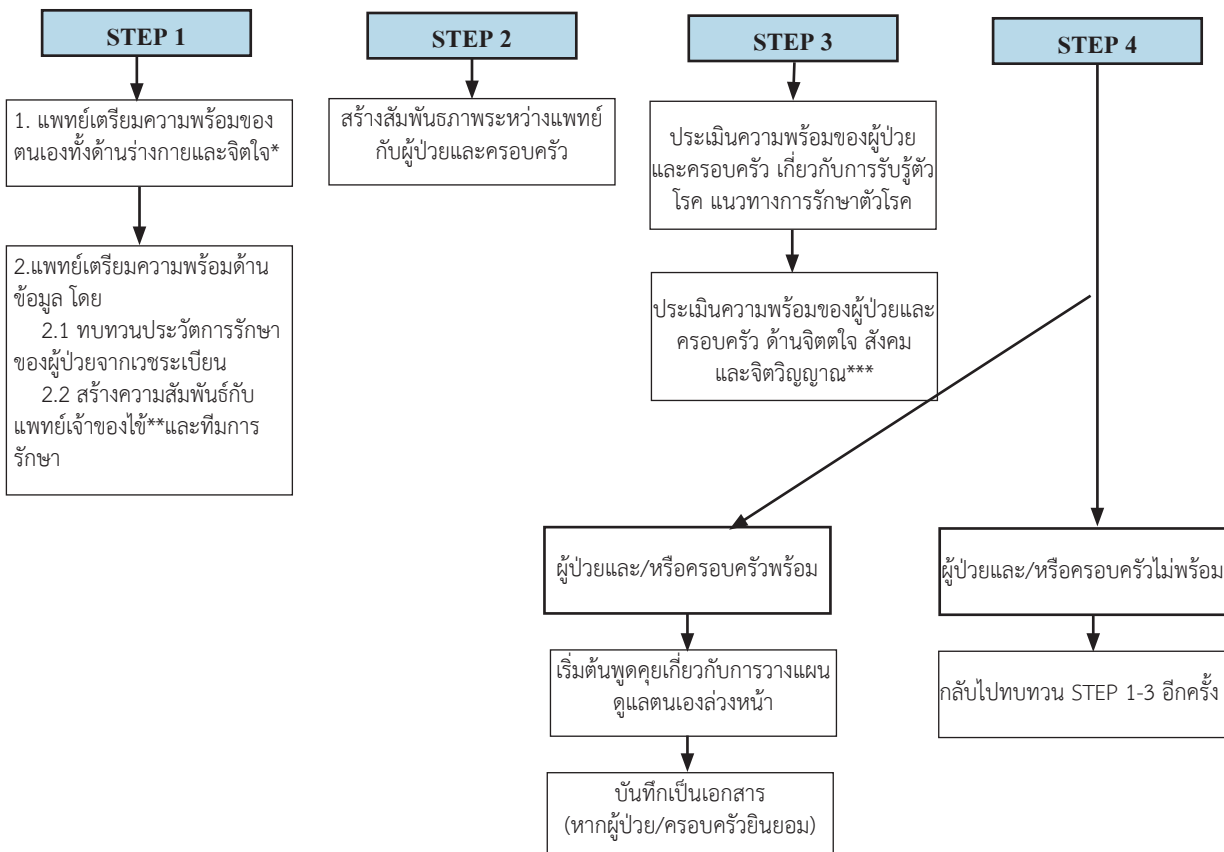
กระบวนการในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยบุคลากรทางการแพทย์⁷ สามารถสรุปเป็นแนวทางดังรูปที่ 1 แสดงกระบวนการในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า (advance care planning) ของผู้ป่วยระยะท้าย โดยบุคลากรทางการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบันของการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยช่วง 17 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2564 พบว่า แม้ว่าการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าจะเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แต่การศึกษาเรื่องนี้ยังมีจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งแต่ละการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ทั้งในมุมมองของผู้ป่วย และครอบครัว และในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขอีกด้วย

เมื่อปี พ.ศ. 2548 ในประเทศสหราชอาณาจักร Barnes และคณะ⁸ ได้ศึกษาถึงมุมมองของผู้ป่วยระยะเรื้อรังและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกี่ยวกับการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า โดยศึกษาในผู้ป่วยระยะเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังสามารถพูดคุยสื่อสารได้จำนวน 22 ราย พร้อมกับครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้การสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเห็นว่า การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเป็นสิ่งสำคัญ แต่บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะไม่ได้ทำ ผู้ป่วยบางรายมีความเห็นว่ากระบวนการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง บางรายมีความเห็นว่ากระบวนการนี้ทำให้เขาและครอบครัวได้มีโอกาสตัดสินใจด้วยตัวเอง ซึ่งกระบวนการต้องใช้ทีมการรักษา โดยเฉพาะแพทย์ควรผ่านการฝึกฝนมาอย่างดี มีความสามารถในการพูดคุย เก็บข้อมูลเรื่องราว และรับมือกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสนทนาได้ สำหรับการเริ่มกระบวนการควรทำในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน หรืออาการของโรคกำเริบกลับมาอีกครั้ง ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้คือ ยังศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป

ส่วนการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อปี พ.ศ. 2553 ในประเทศอังกฤษ Boyd และคณะ⁹ ได้ศึกษาถึงความเป็นไปได้ของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ใช้การสัมภาษณ์แพทย์ทั่วไปจำนวน 20 ราย และพยาบาลจำนวน 8 รายในโรงพยาบาลปฐมภูมิ พบว่า จุดมุ่งหมายของกระบวนการคือเพื่อการเสียชีวิตที่ดี อุปสรรคหลักของกระบวนการคือ ความกลัวของผู้ป่วยโดยสิ่งที่สามารถจัดการกับปัญหานี้คือ ความสัมพันธ์กันดีระหว่าง



รูปที่ 1 กระบวนการในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

แพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งต้องการบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเชี่ยวชาญ กระบวนการมักเป็นการเขียน การให้เลือกตัวเลือก แทนการพูดคุยสนทนากัน ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ เนื่องจากระบบงานปฐมนิเทศ เรื่องของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาจยังไม่ถึง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล เสียโอกาสไป

งานวิจัยที่ศึกษาทั้งในบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย โดย Dow และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาความผิดธรรมดาของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้ป่วยมะเร็งและแพทย์เจ้าของไข้ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 75 ราย ใช้การสัมภาษณ์ พบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมีความเห็น ว่าเอกสารแสดงเจตนาหรือไม่รับการรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ ร้อยละ 87 ของผู้ป่วยยอมรับ การคุยเรื่องแนวทางการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้ากับแพทย์ที่รับ เข้ามาอนโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่ได้คุยกับแพทย์ มะเร็ง แต่เมื่อถามถึงความประสงค์ของผู้ป่วยว่าอยากคุย แนวทางการรักษากับใคร ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยอยากคุยกับ แพทย์เฉพาะทางมะเร็งของตนเองที่รู้จัก และเข้าใจตัวเขามา นานแล้ว มีเพียงร้อยละ 35 ที่อยากคุยกับแพทย์ที่รับเข้ามา นอนโรงพยาบาล การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อาจต้องสนับสนุน ให้ทั้งแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่พบเจอผู้ป่วยแรกเริ่ม พยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และกล้าที่จะเริ่มกระบวนการนี้ให้มาก ขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงรายละเอียดขั้นตอนใน กระบวนการ โดยในปี พ.ศ. 2558 มีงานวิจัยของประเทศอังกฤษ Lund และคณะ¹¹ ได้ศึกษาสิ่งส่งเสริมและอุปสรรคต่อการ ทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า สิ่งส่งเสริมให้กระบวนการทำการวางแผนดูแล รักษาตัวเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสบผลสำเร็จ คือ การมีผู้เชี่ยวชาญเข้ามาช่วยในกระบวนการ เพื่อจัดการกับ ปฏิกริยาต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการ ส่วนด้านอุปสรรค ของกระบวนการอธิบายด้วยทฤษฎี normalization process theory อธิบายด้วย บริบทการดำเนินงานที่กดดัน การพยากรณ์ โรคยังไม่ชัดเจน การต่อรองกับผลการรักษาที่ไม่สามารถคาด การณ์ได้ และการดำเนินงานที่ไม่สามารถทำได้อาจเป็นเพราะ มีปัจจัยภายในองค์กร หรือปัจจัยทางการดำเนินโรคเข้ามา เกี่ยวข้อง

ในปีพ.ศ. 2561 มีงานวิจัยของประเทศออสเตรเลีย Lam และคณะ¹² ได้ศึกษาการปฏิบัติ อุปสรรค และตัวอย่างของ กระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในเจ้าหน้าที่ ทางทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในเวสเทิร์นนิวเซาท์เวลส์ โดย ใช้วิธี mixed-method study ให้ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 105 ราย ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและสัมภาษณ์บุคคลที่มี บทบาทการทำงานที่แตกต่าง และมีประสบการณ์การทำงานที่ แตกต่างจากผู้ร่วมวิจัยคนอื่น พบว่า ร้อยละ 71 คิดว่าการ วางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเป็นสิ่งจำเป็น ร้อยละ 81 มี ความเห็นว่าการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการมีความสำคัญ แต่ ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ร่วมด้วย โดยจากงานวิจัยพบว่า ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าหรือมากกว่า 5 ปี ไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ต่อทัศนคติของ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในการทำงานด้านนี้ และสิ่งที่ส่งเสริม ต่อกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า คือ สถานที่ กล่าวคือ สถานพยาบาลในชุมชนชนบทจะมีชุมชนที่คอยช่วย เหลือให้กระบวนการผ่านไปได้ด้วยดี แต่อุปสรรคสำคัญ คือ ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง และการขาดแคลน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับงาน วิจัยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 การศึกษาของ สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ และคณะ¹³ ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและการปฏิบัติ ด้านการวางแผนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ โดยศึกษาในแพทย์ที่ทำงานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เชียงใหม่จำนวน 55 ราย เป็นอาจารย์แพทย์ 24 ราย และแพทย์ ประจำบ้าน 31 ราย ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง พบ ว่า มุมมองต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย แพทย์ส่วน ใหญ่ร้อยละ 41.8 มักเลือกให้ข้อมูลกับญาติมากกว่าผู้ป่วยเอง ร้อยละ 36.4 เลือกให้ข้อมูลกับทั้งผู้ป่วยและญาติ มีเพียงร้อยละ 20 ที่เลือกให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ส่วนมุมมองเกี่ยวกับการทำหนังสือ เจตจำนงการวางแผนการรักษา แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.9 เห็นด้วยกับการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนได้ตัดสินใจการ รักษาล่วงหน้าด้วยตัวเอง ร้อยละ 25.5 เลือกที่จะพิจารณาเป็น รายบุคคล ร้อยละ 20 ไม่เห็นด้วยกับการทำหนังสือเจตจำนง การวางแผนการรักษาในผู้ป่วยทุกราย พิจารณาทำเฉพาะรายที่ อยู่ในภาวะสุดท้ายแล้ว และพบว่าตามวัฒนธรรมประเพณีไทย แล้ว แพทย์ร้อยละ 34.5 เลือกที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจ วางแผนการรักษาเรื่องการกอดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิตขณะนอนโรง พยาบาลทุกราย โดยเป็นอาจารย์แพทย์ร้อยละ 12.5 และแพทย์ ประจำบ้านร้อยละ 51.6 นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาการนำ หนังสือเจตจำนงการรักษาไปใช้ในเวชปฏิบัติพบว่า แพทย์ร้อย ละ 61.8 ไม่เคยถามผู้ป่วยระยะสุดท้ายเอง แต่ร้อยละ 94.5 เลือกที่จะคุยกับญาติของผู้ป่วย และร้อยละ 90.9 เลือกที่จะ ปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการตามหนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย ซึ่งมุมมองที่แตกต่างกันเหล่านี้ขึ้นกับ สภาพสังคม และ วัฒนธรรมของประเทศไทยที่แพทย์ได้ประสบมา

นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2562 การศึกษาของ Anne และ คณะ¹⁴ ประเทศออสเตรเลีย ศึกษาเรื่อง general practitioners' perceptions of best practice care at the end of life โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ทั่วไปจำนวน 25 ราย เกี่ยวกับการรับรู้และบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ ที่ติ พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีต้องมีการสื่อสาร ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องมีการสร้าง สัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียกว่า "therapeutic relationship" ซึ่งบทบาทนี้เป็นหน้าที่สำคัญของการดูแลระดับ ปฐมภูมิ หลักการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ทักษะ การสื่อสาร และประสบการณ์ มากกว่าความรู้ทางการแพทย์ เฉพาะด้าน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า เป็นสิ่งสำคัญ ต้องใช้ ทั้งความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง และ ทักษะการสื่อสาร รวมถึงการทำงานเป็นทีม เพื่อให้กระบวนการ นั้นสำเร็จไปได้ด้วยดี

ประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรม ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า

1. สิทธิผู้ป่วย

จากข้อบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญดังต่อไปนี้¹⁵

1.1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ¹⁵ ดังต่อไปนี้

1.2 ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.3 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

1.4 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน

1.5 ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่

1.6 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

1.7 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

1.8 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น

1.9 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2. หลักเวชจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง⁴ ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ในการยึดถือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

2.1 Autonomy (หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย)

2.2 Beneficence (หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย)

2.3 Non-maleficence (หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย)

2.4 Justice (หลักความเป็นธรรม)

3. สิทธิในวาระสุดท้าย จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมวดที่1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา

12¹⁶ “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”

สรุป

การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และเป้าหมายในการดูแลรักษา (Patient preference) การแสดงเจตนาเกี่ยวกับแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในอนาคต(Advance decision) และบุคคลที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเมื่อสถานะนั้นมาถึง (Proxy nomination) การทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้านั้นอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย และครอบครัว เตรียมบุคลากรทางการแพทย์ เตรียมองค์กรและระบบ นอกจากนี้ในระหว่างกระบวนการ ต้องคำนึงถึงหลักกฎหมาย ทั้งสิทธิผู้ป่วย 9 ประการ สิทธิในวาระสุดท้าย และที่สำคัญ คือ หลักเวชจริยศาสตร์ 4 ประการ อันได้แก่ หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และหลักความเป็นธรรม เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การวางแผนการรักษา และสุดท้ายเพื่อนำผู้ป่วยไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบหรือการศึกษาวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า อาจมีการศึกษาเรื่องการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว หรือ บุคลากรทางการแพทย์ ในบริบทปทุมธานี หรือในชุมชน เพื่อทราบการรับรู้ ความเข้าใจของประชากรในพื้นที่ และอาจส่งผลให้ประชากรนั้นรู้จักกระบวนการนี้มากขึ้น รวมถึงอาจเห็นถึงอุปสรรคปัญหา และแนวทางแก้ไขในระดับชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ควรมีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรของบุคลากรทางการแพทย์ และมีการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ มีประสบการณ์ในกระบวนการนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2537 - 2560 รายปี [cited 2562 5 สิงหาคม]. Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15.

2. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, สำลี สาสิทธิ์, นิภาพร อภิสิทธิ์วาสนา, มณีนรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี (Advanced care planning for peaceful death). วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. 2560; 33: 138-45.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล; 2563.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
5. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Goal Setting & Advance Care Planning. 2562.
6. วัชรภรณ์ นิลสมิตร. พรหมวิหาร4กับการบริหารงานในองค์กร 2553 [cited 2564 19 September]. Available from: <http://www.softbankthai.com/Article/Detail/661>.
7. ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร, เพชรรัตน์ บุญนาค, สวณี เต็งรังสรรค์. ความรู้ ประสพการณ์ และอุปสรรคในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(4): 460-8.
8. Barnes K, Jones L, Tookman A, King M. Acceptability of an advance care planning interview schedule: a focus group study. Palliative medicine. 2007; 21(1): 23-8.
9. Boyd K, Mason B, Kendall M, Barclay S, Chinn D, Thomas K, et al. Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2010; 60(581): e449-58.
10. Dow LA, Matsuyama RK, Ramakrishnan V, Kuhn L, Lamont EB, Lyckholm L, et al. Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of oncology patients, their physicians, and advance medical directives. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2010; 28(2): 299-304.
11. Lund S, Richardson A, May C. Barriers to advance care planning at the end of life: an explanatory systematic review of implementation studies. PloS one. 2015; 10(2): e0116629.
12. Lam L, Ansari AS, Baquir PJ, Chowdhury N, Tran K, Bailey J. Current practices, barriers and enablers for advance care planning among healthcare workers of aged care facilities in western New South Wales, Australia. Rural and remote health. 2018; 18(4): 4714.
13. Sittisombut S, Maxwell C, Love EJ, Sitthi-Amorn C. Physicians' attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. Nursing & health sciences. 2009; 11(1): 23-8.
14. Anne Herrmann MC, Alison Zucca, Lucy Boyd, Bernadette Roberts. General practitioners' perceptions of best practice care at the end of life: a qualitative study. BGP open. 2019.
15. แพทยสภา. สิทธิผู้ป่วย 2562 [cited 2564 10 September]. Available from: <https://www.tmc.or.th/privilege.php>.
16. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หนังสือแสดงเจตนา 2562 [cited 2564 19 September]. Available from: <http://www.thailivingwill.in.th/category/content-catagory/หนังสือแสดงเจตนา>.