



ผลลัพธ์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

รัตนารณ์ สิริเกต^{1*}, อีระศักดิ์ งามสิทธิ์¹, รัตนาวดี บัวบาลบุตร¹,
ปาริชาติ เพียสุพรรณ¹, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล²

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Outcomes of Advance Care Planning in Dementia Patients Receiving Palliative Care

Rattanaporn Siriket^{1*}, Teerasak Ngamsit¹, Rattanawadi Buabanbut¹,
Parichart Piasupun¹, Srivieng Pairojkul²

¹Palliative Nursing unit, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University.

²Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Khonkaen University.

Received: 30 January 2023/Review: 8 February 2023/ Revised: 14 August 2023/

Accepted: 4 September 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีความรุนแรงและพบมากในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายขึ้น มีการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเรื่องโรค การดำเนินโรค และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงนำไปสู่การวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน แบบบันทึกการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563- 30 กันยายน 2565 จำนวน 65 ราย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ด้วยความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา: พบว่ามีผู้ป่วย 7 ราย จาก 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.76 ที่มีแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนการปรึกษา ภายหลังปรึกษา ผู้ป่วยทุกรายมีแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 30 ราย เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ร้อยละ 43.33 เสียชีวิตที่หอผู้ป่วย ประคับประคองร้อยละ 43.33 และเสียชีวิตที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.34

สรุป : ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า

คำสำคัญ : การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, สมองเสื่อม, การดูแลแบบประคับประคอง

*Corresponding author: Rattanaporn Siriket, E-mail: siriketr4@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: Dementia is fatal disease and becomes burden due to increased elderly population. Karunruk Palliative Care Center has established a care program for late-stage dementia. Family education on disease trajectory and established advance care plan (ACP)

Methods: A retrospective descriptive study of medical records, care records. Profiles of 65 patients recruited from October 1, 2020 to September 30, 2022. Descriptive statistic, mean, percentage, were used for data analysis.

Results: Only 7/65 (10.76%) had an ACP before referral. All patients in our program had an ACP. Place of death of 30 patients were 43.33% at home, 43.33% at Palliative unit, 3.34 % at medical ward, and 3.34% at nursing home.

Conclusion: The patient preferences in our program were well respected.

Keyword: advance care plan, dementia, palliative care

—

บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นนำไปสู่อัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง สภาวะการมีองค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้มีการใช้กลยุทธ์การดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองเป็นสาขาวิชาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตเฉพาะบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตผู้ป่วยและรวมทั้งครอบครัว¹ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า มีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก จำนวน 40 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง² และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน³ สถานการณ์ในต่างประเทศ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากร 1.7 ล้านคน อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 3 ล้านคน เกือบร้อยละ 70 เป็นโรคสมองเสื่อม ในปี ค.ศ. 2004 พบว่าร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) และส่วนใหญ่ต้องการดูแลให้สุขสบายหลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานในช่วงท้าย⁴ โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ผ่านกระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพหรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิก ครอบครัวหรือปรึกษา บุคลากรสุขภาพ⁵ โดยครอบคลุมประเด็นที่สำคัญคือ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ (patient preference) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระท้าย (advance decisions) และการเลือก “บุคคลใกล้ชิด” ทำหน้าที่แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (proxy nomination) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผ่านกระบวนการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลใกล้ชิด (family meeting, FM)⁶ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายอุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือ 1) การรับรู้และอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม เวลาที่เหมาะสมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสำรวจแนวคิด ความกังวล ความคาดหวังของผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว 2) สร้างความตระหนักและส่งเสริมการสื่อสารระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวกับ ACP และการดูแลแบบประคับประคองในภาวะสมองเสื่อม ปรับปรุงการเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยสมองเสื่อม การจัดทำเอกสารมาตรฐานต่างๆ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในความต้องการของผู้ป่วย⁷

บริบทในประเทศไทยจากการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564

มีสัดส่วนประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574 มีสัดส่วนประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 28 โดยที่รูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง อยู่กันตามลำพังในครัวเรือนที่มีแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น หรืออยู่ในครัวเรือนที่มีแต่ผู้สูงอายุกับหลาน⁸ ศักยภาพการแก้ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดขอนแก่นจากผู้สูงอายุจำนวน 4,989 ราย มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 9.26⁹ ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอเปราะบาง (frailty) มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายมากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป ต้องทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย เช่น ภาวะติดเชื้อ ปัญหาการกลืน การเคลื่อนไหว การกลืนอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ หรือจากภาวะกระวนกระวาย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการไม่สุขสบายที่เกิดในระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อมระยะท้ายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคระยะรุนแรงไม่แตกต่างกัน¹⁰ แต่ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างกันที่การพยากรณ์โรคซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ไม่สามารถบอกระยะเวลาที่เหลืออยู่ได้แน่ชัดเท่าผู้ป่วยระยะรุนแรงในระยะท้าย¹¹ จากการศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ร้อยละ 81.8 เป็นผู้ป่วยระยะรุนแรงจากผู้ป่วยประคับประคอง 292 ราย ได้ ACP ร้อยละ 74.3 โดยเป็นกลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (family care plan: FCP) ร้อยละ 28.1 และกลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (conventional advance care plan: CACP) ร้อยละ 46.2¹² จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบมีการศึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นทีมให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ประสานส่งต่อภาคีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ จากสถิติ ปี พ.ศ. 2559 – 2561 พบมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 826, 1,026 และ 1,150 ราย/ปี ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 65 มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมขอเข้ารับการรักษา 41 ราย เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถมาติดตามการรักษาเองได้ ผู้ดูแลจะมาแทน เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เนื่องจากขาดระบบให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงได้ริเริ่มการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายร่วมกันขึ้น โดยพยาบาลทำหน้าที่ลักษณะการจัดการแบบรายกรณี (nurse

care manager) ให้การดูแลครอบคลุมในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม ดูแลจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย การประเมินปัญหาและการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ค้นหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือ ช่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้า เตรียมความพร้อมเมื่อความตายใกล้มาถึง ตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิเสธการพองชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ด้วยตัวเอง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ยืมกลับไปใช้ที่บ้าน ส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่าย ในภาวะฉุกเฉินมีบริการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง สอนผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ดูแลต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ภายหลังการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายปัญหาสำคัญที่พบคือ ผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าทำให้ไม่มีแผนการดูแลรักษาชัดเจนกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดูแล¹³ เพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการเข้าถึงดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ และมีแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดังกล่าว ได้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย ที่ผ่านมามีพบมีการศึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลลัพธ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิด การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) แนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) รูปแบบการดูแลเพื่อสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยวัดจากความสำเร็จของการได้รับการดูแลจริงในวาระสุดท้ายของชีวิต ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ขอรับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ขอรับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2565 โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เลขที่ HE651541

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือ functional assessment staging test (FAST) ซึ่ง

มีทั้งหมด 7 ระยะ โดยโรคสมองเสื่อมระยะที่ 7 ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสื่อมของสมองรุนแรง แบ่งย่อยออกเป็นระดับ a-f เกณฑ์ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ¹⁴ ได้แก่

1. มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา
2. มีปัญหาการกลืนอาจได้รับหรือไม่ได้รับการให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube : NG, percutaneous endoscopic gastrostomy: PEG) มาก่อน
3. ระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 mg/dl

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาการกลืนหรือให้อาหารทางสายยาง อัลบูมินน้อยกว่า 3.5 mg/dl
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ร่วมดูแล

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่ได้เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาการกลืนหรือให้อาหารทางสายยาง อัลบูมินน้อยกว่า 3.5 mg/dl
2. ไม่ได้เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ร่วมดูแล

สถานที่และระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา คือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่ได้รับการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึง มกราคม 2566

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ต่อการบริการพยาบาล นำไปพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. ประโยชน์ต่อการบริหารทางการแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ แผนกที่ส่งปรึกษา ระดับของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ประวัติเรื่องการตัดสินใจ 1 ปี ปัญหาคลื่นไส้ ปวดท้อง ระดับอัลบูมินในเลือด การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การได้รับข้อมูลเรื่องโรคพยากรณ์โรค ก่อนและหลังปรึกษาทีมประคับประคอง การเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 65 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 40 ราย (ร้อยละ 61.54) อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี 31 ราย (ร้อยละ 53.84) สิทธิการรักษาจ่ายตรง 53 ราย (ร้อยละ 81.53) ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (โดยใช้ FAST) อยู่ในระดับ 7f 22 ราย (ร้อยละ 33.84) ประวัติเรื่องการตัดสินใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาปอดอักเสบติดเชื้อ 29 ราย (ร้อยละ 44.61) มีปัญหาคลื่นไส้ ปวดท้อง ก่อนปรึกษา ใส่ NG /PEG 28 ราย (ร้อยละ 43.07) ระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนปรึกษา น้อยกว่า 3.5 mg/dl 45 ราย (ร้อยละ 69.23) (Min 1.5 max 4.3 Mean 3.08 SD 0.63) ด้านผู้ดูแลจบการศึกษาระดับปริญญาตรี 18 ราย (ร้อยละ 60) ของผู้ดูแลทั้งหมด เป็นเพศหญิง 24 ราย (ร้อยละ 80) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 83.34) (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการศึกษาพบว่าก่อนปรึกษาไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 58 ราย (ร้อยละ 89.23) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าหลังปรึกษา ทั้งหมดมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้ง 65 ราย แผนการดูแลล่วงหน้าต้องการ comfort care 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.92 ลักษณะการเสียชีวิตจากจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 30 ราย เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน และที่ palliative care ward สถานที่ละ 13 ราย (ร้อยละ 43.33) ซึ่งสถานที่การดูแลไม่เป็นไปตามแผนการดูแลเปลี่ยนจากที่บ้าน เป็นโรงพยาบาล 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 เนื่องจากผู้ป่วย 2 ราย ติดโควิดต้องดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่โรงพยาบาล และอีก 4 ราย ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลช่วงท้ายที่บ้านได้ ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มดูแลจนเสียชีวิตจากจำนวนผู้เสียชีวิต 30 ราย ส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 361 วัน 14 (ร้อยละ 46.66) (min 13 max 1,794 mean 404.04 SD 454.26) (ตารางที่ 2)

ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การวิเคราะห์ร้อยละของความสอดคล้องของแผนการดูแลล่วงหน้าจากสถานที่เสียชีวิตจริงและความประสงค์ของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เสียชีวิตแล้วทั้งหมด 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยต้องการดูแลแบบ comfort care 30 ราย ได้รับการดูแลแบบ comfort care ตามความต้องการ 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=65)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	25 (38.46)
หญิง	40 (61.54)
ช่วงอายุ (ปี) (Min:Max)	64:100
60-69	3 (4.61)
70-79	11 (16.92)
80-89	31 (53.84)
>90	20 (30.76)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง	12 (18.46)
จ่ายตรง/เบิกได้	53 (81.53)
สถานภาพสมรส	
คู่	23 (35.38)
หม้าย /หย่าร้าง	42 (34.62)
ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ระยะท้าย (โดยใช้ FAST staging)	
ระดับ 7a	6 (9.23)
ระดับ 7b	9 (13.84)
ระดับ 7c	17 (26.15)
ระดับ 7d	9 (13.84)
ระดับ 7e	2 (3.07)
ระดับ 7f	22 (33.84)
ประวัติเรื่องการตัดสินใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	
ปอดอักเสบติดเชื้อ	29 (44.61)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	4 (6.15)
ติดเชื้อที่แผลกดทับ	8 (12.30)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=65) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ติดเชื้อโควิด	2 (3.07)
ติดเชื้อวัณโรค	1 (1.53)
มีปัญหากลืนลำบากก่อนปรึกษา	
ใส่ NG /PEG	28 (43.07)
มีกลืนลำบากแต่ไม่ใส่ NG	13 (20)
ไม่มีกลืนลำบาก	24 (36.92)
ระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนปรึกษา (Min 1.5 max 4.3 Mean 3.08 SD 0.63)	
< 3.5 mg/dl	45 (69.23)
> 3.5 mg/dl	19 (29.23)
ไม่ทราบค่าอัลบูมิน	1 (1.53)
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เสียชีวิตแล้ว 30 ราย	
เพศ	
ชาย	6 (20)
หญิง	24 (80)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
ภรรยา	2 (6.66)
บุตร	25 (83.34)
ลูกสะใภ้	1 (3.34)
นักบวชหญิงในศาสนาคริสต์	2 (6.66)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	6 (20)
มัธยมศึกษา	1 (3.34)
ปวส./ อนุปริญญา	1 (3.34)
ปริญญาตรี	18 (60)
ปริญญาโท	2 (6.66)
ปริญญาเอก	2 (6.66)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 65 ราย)

ผลลัพธ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน (ร้อยละ)
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนปรึกษา	
มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต้องการ Comfort care โดยเป็นผู้ป่วยที่ปรึกษาจากสาขาเวชศาสตร์สูงอายุ	7 (10.76)
สาขาอายุรกรรม	4 (6.15)
ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	3 (4.62)
58 (89.23)	
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าหลังปรึกษา	
ต้องการ Comfort care	63 (96.92)
ต้องการ full medication	1 (1.53)
ต้องการ full life support	1 (1.53)
ลักษณะการเสียชีวิต ผู้ป่วยเสียชีวิต 30 ราย	
เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน	13 (43.33)
เสียชีวิตอย่างสงบที่ กว.7/1	13 (43.33)
เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์ตึกอื่น	3 (10)
เสียชีวิตอย่างสงบที่ Nursing home	1 (3.34)
สถานที่ที่เสียชีวิต	
เป็นไปตามแผนการดูแล	24 (80)
ไม่เป็นไปตามแผนการดูแล เปลี่ยนจากบ้านเป็นโรงพยาบาล	6 (20)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มดูแลจนเสียชีวิต (วัน) (n = 30 ราย)	
< 30	3 (10)
31-60	3 (10)
61-90	3 (10)
91-180	4 (13.33)
181-360	3 (10)
>361	14 (46.66)

ตารางที่ 3 ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 30 ราย)

สถานที่เสียชีวิต	ความประสงค์ (ราย)	ผลลัพธ์การดูแลตามจริง (ราย)	ร้อยละของความสอดคล้อง
บ้าน	18	13	72.22
โรงพยาบาล	10	10	100
Nursing home	2	1	50
รวม	30	30	100

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน และต้องการการดูแลแบบ comfort care สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Kunsongkiet ที่ศึกษาการเสียชีวิตติดตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวในผู้ป่วยระยะท้าย 15 ราย โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วย Post Stroke Dementia ร้อยละ 20 พบว่ามี 6 ประเด็น คือ การเสียชีวิตอย่างสงบ การยอมรับการเสียชีวิตที่จะเกิด การได้อยู่กับครอบครัว การกลับไปตายที่บ้าน ศาสนา คือ ที่ยึดเหนี่ยวและการดูแลด้วยใจ¹⁵ ส่วนในต่างประเทศ ในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 70 เป็นโรคสมองเสื่อม อาศัยอยู่ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีแผนการดูแลล่วงหน้า และส่วนใหญ่ต้องการดูแลให้สุขสบายหลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานในช่วงท้าย⁴ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแผนการดูแลล่วงหน้าแนวโน้มต้องการการดูแลแบบ comfort care เหมือนกันแต่มีความแตกต่างกันเรื่องสถานที่ เนื่องจากบริบทสังคมไทยศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย และมีค่าใช้จ่ายสูงในการเข้ารับบริการ

สรุป

ผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์การวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าก่อนปรึกษาพบผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเดิมอยู่แล้ว บางรายซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ปรึกษาจากแพทย์สาขาเวชศาสตร์สูงอายุ และอายุรแพทย์ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หลังการปรึกษามีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งหมดทุกราย ซึ่งแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่ต้องการ comfort care และทำโดยผู้แทนในการตัดสินใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พว.ปาริชาติ เพียสุพรรณ ที่สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Mota-Romero E, Esteban-Burgos AA, Puente-Fernández D, Garcia-Caro MP, Hueso-Montoro C, Herrero-Hahn RM, et al. Nursing Homes End of Life care Program (NUHELP): developing a complex intervention. BMC Palliative Care 2020;20(1):98. doi.org/10.1186/s12904-021-00788-1.
2. World Health Organization. Palliative care Geneva: World Health Organization. [cited January 9, 2018]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, 2018.
3. World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia current state and future trends. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. Ersek M, Joan G. Carpenter. Geriatric Palliative Care in Long-Term Care Settings with a Focus, 2013.
5. Puengrasamee T. Advance care plan | face project peaceful death.[Internet]. www.budnet.org. [cited August 9, 2020]. Available from: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>
6. Government Gazette, Volume 137, Special Section 261 Ngor. Announcement of the National Health Commission on Operational definition of terms related to On palliative care (Palliative care) for Thailand B.E. 2563 .[Internet]. [cited December 28, 2020]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF
7. Jethwa KD, Onalaja O. Advance care planning and palliative medicine in advanced dementia: a literature review. BJPsych Bull 2015;39(2):74–8. Doi.org/10.1192/pb.bp.114.046896.
8. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Report on the Situation of the Thai Elderly 2015.Bangkok: Amarin Printing and Publishing Company, 2016.

9. Srihaphak S, Amornrojvorawut W, Kham-on N, Sriot P, Srihanu P, Tubsay T. Problem situation and the need for long-term care for the elderly in the community under Long Term Care System Fund Khon Kaen Province. *J Health Cent* 9 2021;15(36): 52-3.
10. McCarthy M, Addington-Hall J, Altmann D. The experience of dying with dementia: A retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(3):404-9.
11. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Schafer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361(16): 1529-38.
12. Sritharathikhun P, Netiphumkul S. Effects of advance care planning on care in The last days of life in a palliative care clinic Mae Sot Hospital, Tak Province. *PCFM* 2021;4(1):97-111.
13. Karunruk Palliative Care Statistics Srinagarind Hospital. Statistical Center Annual Report. Srinagarind Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University, 2019.
14. Allyn YM Hum, Huei Yaw Wu, Noorhazlina Binte Ali, Ian YO Leong, Jing Jih Chin, Angel OK Lee, et al. The dignity in advanced dementia (diadem) study: Developing an integrated geriatric palliative homecare program. *Progress in Palliative Care* 2018;26(2):65-72.
15. Kunsongkeit W. Good mortality according to the perception of patient family members. *Journal of the Faculty of Nursing Burapha University* 2015; 23(3):41-55.

SMJ