



**พัฒนาระบบการวางแผนดูแล  
ล่วงหน้าและการดูแลระยะสุดท้าย  
แบบองค์รวม  
อย่างไรให้สุขที่ปลายทาง**

พญ.ภาวิณี เขี่ยมจันทน์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ประธานร่วมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาการดูแล  
ประคับประคอง

(Service Plan Palliative Care)



**จุดยืนองค์กร**

พัฒนานโยบาย  
กำกับ ติดตาม ประเมินผล

บริหารจัดการหน่วยบริการ  
และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

**วิสัยทัศน์** เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

**พันธกิจ** พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

**เป้าหมาย** ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

**ค่านิยมองค์กร**

**M**

**Mastery**  
นายตนเอง

**O**

**Originality**  
สร้างสรรค์นวัตกรรม  
ที่เป็นประโยชน์  
ต่อระบบสุขภาพ

**P**

**People centered  
approach**  
ยึดประชาชน  
เป็นศูนย์กลาง

**H**

**Humility**  
อ่อนน้อมถ่อมตน

# Thailand Palliative Care Mission



ประชาชนและผู้อาศัยบนแผ่นดินไทยได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้าย  
แบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้าง  
คุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการ  
เลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติ  
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒



# THE ULTIMATE GOAL

## Quality of Life & Quality of Death

- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบองค์รวมที่ดี ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตระยะท้ายร่วมกับครอบครัว ญาติ ที่บ้าน หรือ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน
- การตายดี เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ให้มีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

# Life Course : Healthy Life, Well-being & Quality of Death

Neonatal palliative care

Palliative care for

สุขภาวะที่ดี ตลอดช่วงชีวิต (อยู่ดี และตายดี)  
จากครรภ์มารดา ถึง เชิงตะกอน

Palliative care can be integrated into health care throughout life course

# แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

Service  
Plan

## 1. สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด

- หอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดครบทุกจังหวัด
- ระบบ Fast track
- บริการผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- คลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติดทางไกล
- ระบบคัดกรอง / นำบำบัดรักษา / ฟื้นฟูผู้ป่วย ยาเสพติด



## 2. สาขาไต

- Community CKD Clinic
- Application CKD Service
- HD สำหรับผู้ป่วยโรคไต ที่มีภาวะโรคร่วม
- ขยาย HD รองรับบริการ
- ลดผู้ป่วยไตเสื่อมรายใหม่

เร่งรัดพัฒนา  
เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ  
อย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม

## 3. สาขาการรับบริจาค

### และการปลูกถ่ายอวัยวะ

- บูรณาการร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและส่งเสริม  
ความเชี่ยวชาญด้านรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ



## 4. สาขา Intermediate care & Palliative care

- เพิ่ม Intermediate ward ใน swช.  
ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด
- พัฒนา Advance Care Planning
- พัฒนาคุณภาพบริการ Intermediate Care
- เชื่อมโยงระบบบริการ Palliative care ในระดับชุมชน



# Service Plan Palliative Care; MOPH

- บทบาทของ ACP ใน บริการ Palliative care
- ACP เป็น Key process ของ quality palliative care
- บรรจุในตำราวิชาชีพเวชศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

## ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

## Service Excellence: ระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

Target/KPI	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ( <u>เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 55</u> )				
Situation/ baseline	รพ.ทุกระดับมีทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ ยังไม่ครบตามที่กำหนดตามคำแนะนำทุกเขต บริการสุขภาพ				
Strategy	Quality PC Integrated to health service-all level	Health workforce development (number/competency)	Participate into reimbursement system of health insurance funds	Support Availability & accessibility of essential medication	เสริมพลังประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน
Key activity	1. ผลักดันการทำ <b>Advance care planning</b> และการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 12 ฯ 2. พัฒนาคุณภาพ PC: สนับสนุน DSC 3. เชื่อมโยงถึงการดูแลประคับประคองในชุมชน (PC in primary health care)	1. พัฒนาบุคลากรด้าน Palliative Care และอบรมการทำ ACP 2. จัดประชุม NPHC 3. ผลักดันให้มีบุคลากรเหมาะสมกับภาระงาน (จำนวนและกรอบอัตรากำลัง)	1. ร่วมออกแบบการชดเชยค่าบริการ เสนอข้อมูลด้าน PC	1. สนับสนุนให้รพ.ทุกระดับมีรายการยา PC essential drugs (opioid) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	1. ประสานเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้เกิด people/community participation
Small success	<b>ไตรมาส 1</b> 1. บุคลากรได้รับการอบรมการจัดทำ ACP 2. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย PC สำหรับทีมปฐมภูมิ 3. เชื่อมโยงการดูแลกับ health service อื่นๆ เช่น CKD, sepsis	<b>ไตรมาส 2</b> 1. รพ.ทุกระดับมีรายการยาจำเป็นที่เหมาะสม 2. มีการประเมินตนเองตาม Quality standard	<b>ไตรมาส 3</b> 1. มีการจัดประชุม National conference 2. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น	<b>ไตรมาส 4</b> 1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้ตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 55 2. ผู้ป่วยเข้าถึงยา opioid $\geq$ 50 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	

Policy/ Essential medicines / Education/ Research/ Empower people and community



Advance Care Planning



การเคารพสิทธิและการ  
ตัดสินใจของผู้ป่วย/  
ผู้รับบริการในเรื่องการดูแล  
สุขภาพของตนเอง

ครอบคลุม มากกว่า การดูแลระยะประคับประคอง/ระยะท้าย



# รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



ชื่อตัวชี้วัด	28. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า  
(Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่าง  
มีคุณภาพ

(เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50)

ผู้ป่วยระยะประคอง/ระยะท้าย (Z51.5) ในกลุ่มโรคที่กำหนด  
+ ได้รับการทำ ACP (Z71.8)

=

ผู้ป่วยระยะประคอง/ระยะท้าย (Z51.5) ในกลุ่มโรคที่กำหนด

# แผนการติดตามการดำเนินงานปี 2565

ที่เข้าเกณฑ์ระยะ  
ระดับประคอง

ผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ  
ที่มี PC Indication

1. Cancer รหัส C00-96
2. Stroke รหัส I60-69/Dementia F03
3. CKD stage 5 (N18.5)
4. COPD รหัส J44
5. CHF I50
6. Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

7. Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1
8. ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะ
9. ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ระดับประคองระยะท้าย

Family Meeting & ACP > 50%

บุคลากร

แพทย์สั่งจ่ายยา

เภสัชกรบริหารจัดการยา

พยาบาลผสมยา

แพทย์แผน  
ไทย

Care giver

- Oral form
- Injection & Syringe driver
- Transdermal

Strong Opioid > 40%

IPD

OPD

Home ward

เครือข่าย/คลังอุปกรณ์/แพทย์ทางเลือกและหรือแพทย์

แผนไทย

ตามคู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

[https://www.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Practice\\_guidelines/Attach/25640114130713PM\\_a w%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%87\\_5.pdf](https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_a w%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%87_5.pdf)

# แผนการติดตามการดำเนินงานปี 2565

ที่เข้าเกณฑ์ระยะ  
ระดับประคอง

มีระบบการวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์

PC

(Z 51.5)

7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ

ที่มี PC Indication

1. Cancer รหัส C00-96
2. Stroke รหัส I60-69/Dementia F03
3. CKD stage 5 (N18.5)
4. COPD รหัส J44
5. CHF I50
6. Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

7. Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1
8. ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะ
9. ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ระดับประคองระยะท้าย

มีกระบวนการดูแล Advance Care

Plan

เกณฑ์ ร้อยละ 50 (Z 71.8)

Family Meeting & ACP > 50%

มีบุคลากร/essential medicine

(อย,กบรส)

บุคลากร

แพทย์สั่งจ่ายยา

เภสัชกรบริหารจัดการยา

พยาบาลผสมยา

แพทย์แผน

ไทย

Care giver

- Oral form
- Injection & Syringe driver
- Transdermal

Strong Opioid > 40%

มีอุปกรณ์/เครือข่าย/เชื่อมโยงสู่ชุมชน

ผ่านศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตระดับ

ชุมชน และนักบริหารท้องถิ่น

(การดูแลที่บ้าน เกณฑ์ร้อยละ 50)

OPD

Home ward

การนัด/แพทย์ทางเลือกและหรือแพทย์

แผนไทย

ตามคู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

[https://www.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Practice\\_guidelines/Attach/25640114130713PM\\_a w%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%87\\_5.pdf](https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_a w%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%87_5.pdf)



# คู่มือแนวทางปฏิบัติ

ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2565

### 3. บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มโรคเป้าหมายตามที่กำหนด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายา Opioid ค่าออกซิเจน การดูแลแผล กิจกรรมบริการ และการดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย

#### 1. การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย การให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา ตาม Advance care plan ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน จนถึงเสียชีวิต ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ดังนี้

- 1) จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท เมื่อมีการรายงานข้อมูลการดูแลที่บ้านและหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน
- 2) จ่าย Fix cost อัตราเดียว 3,000 บาท เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์

กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สปสช. จะจ่ายค่า Fix cost ให้หน่วยบริการที่ดูแลล่าสุด

## เงื่อนไขการจ่าย

1) ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่ สปสช. และกรมการแพทย์ ร่วมกันกำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 14)

1. ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง โดยหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลรหัสการวินิจฉัย Z51.5

2. หน่วยบริการต้องมีการจัดทำ Advance care plan และกรอกข้อมูลรหัส Z71.8

3. หน่วยบริการต้องกรอกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้ง และต้องบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการ เช่น การให้ยา Opioid การให้ออกซิเจน การดูแลแผล ฯลฯ ตามการให้บริการจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ ยา Opioid

4. การนับวันให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เริ่มนับตั้งแต่วันที่หน่วยบริการไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน วันแรก

## เงื่อนไขหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยต้องมี แพทย์และทีมบุคลากรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ตามแนวทาง ที่กรมการแพทย์และ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคองฯ กำหนด

# แผนการดำเนินงานระยะ 5 ปี (พศ.2566-2570)

## จากที่ประชุมจัดทำแผนฯ Service Plan PC (31 พค. 65)

### GAP

### GOAL

### Quick Win

### Activities

### KPI

GAP	GOAL	Quick Win	Activities	KPI	
<p>Key Process</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Advance Care Planning (ACP)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>บุคลากรยังขาดทักษะในการทำ ACP</li><li>ประชาชนเข้าไม่ถึงการทำ ACP</li><li>มีมาตรฐานการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย ในปี พศ.2565 แต่ยังไม่ได้รับการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่เข้าเกณฑ์การดูแลระดับประคอง เข้าถึงการจัดทำ ACP มากกว่า 80%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>บุคลากรได้รับการอบรมทักษะในการทำ ACP ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>จัดโครงการฝึกอบรมเรื่อง Advance Care Planning ให้บุคลากรครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ (ทำโครงการตัวอย่าง ยื่นขอทุนภายในเขต)</li><li>มีกิจกรรมร่วมกับภาคประชาชน (คู่มือประกอบที่ 3)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li></ul>

### Training ACP Facilitator

บูรณาการ ACP Clinic กับบริการอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ, CKD clinic, LTC

บูรณาการ PC เข้ากับ บริการปฐมภูมิ (เชื่อมโยงสู่บ้านและชุมชน)

# บูรณาการ PC เข้ากับ บริการปฐมภูมิ (เชื่อมโยงสู่บ้านและชุมชน)



European Association for Palliative Care  
Non-governmental organisation (NGO) recognised by the Council of Europe



## Developing Palliative Care in Primary Care

Primary Health Care is crucial to reach all in need. The World Health Organisation (WHO) Public Health model identifies 4 important requirements:



Images used with permission from WHO.



## Core skills in generalist palliative care

- Identification of patients for a *palliative care approach*
- Holistic Assessment
- Care planning and co-ordination



## นิพนธ์ต้นฉบับ

### ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลระดับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

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

- การศึกษาย้อนหลัง
- กลุ่มผู้ป่วยระยะประคอง 292 ราย
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ แต่สถานที่ในการเสียชีวิตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงอย่างเดียว

#### บทคัดย่อ

**แพทย์หญิงภรรัตน์ ศรีธาริคุณ\***  
แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อสบวดีมิตร  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ. แม่สอด  
จังหวัดตาก

**พยาบาลวิชาชีพ ศิริจิต เนติภูมิกุล**  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
กลุ่มงานการพยาบาล  
รพ. แม่สอด จังหวัดตาก  
\*Corresponding Author email:  
Pamornrut.mu@gmail.com

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

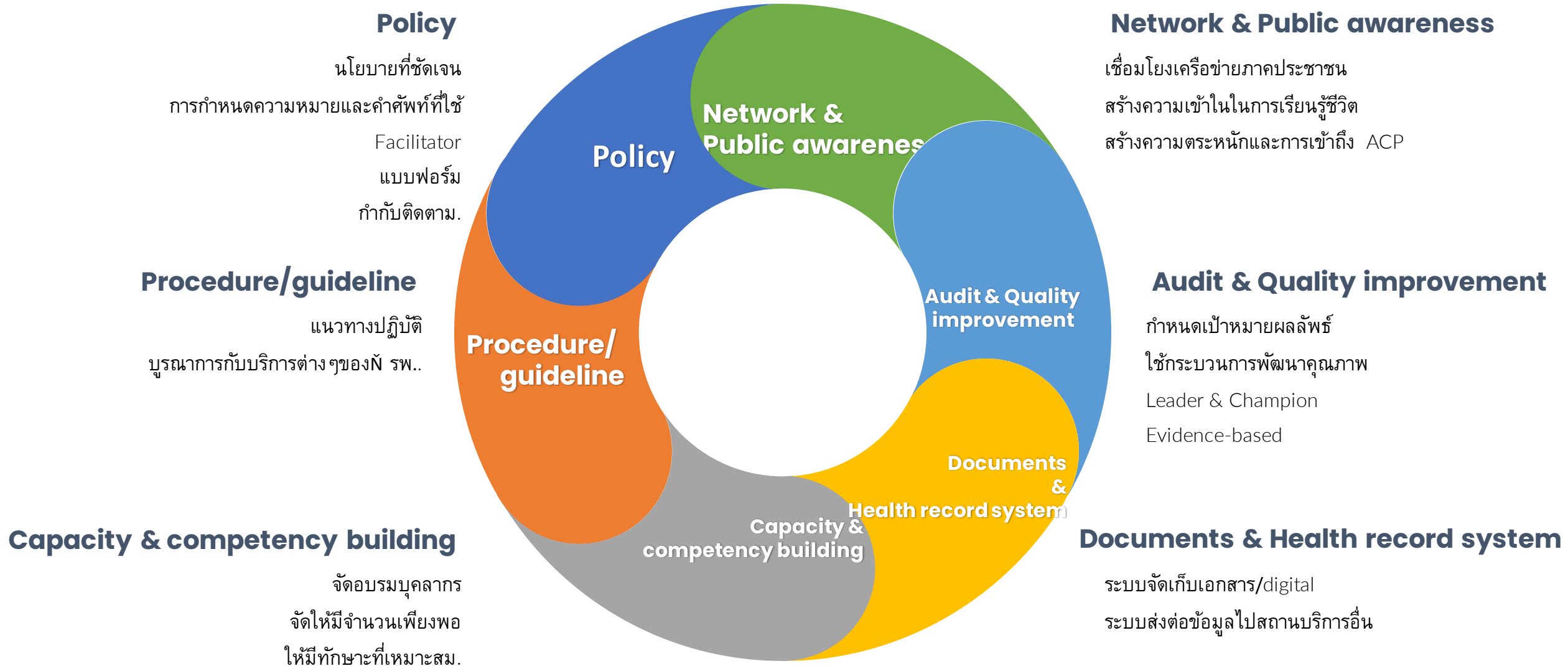
**วัตถุประสงค์:** ศึกษาผลของ ACP ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและสถานที่การเสียชีวิต

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

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

**สรุป:** การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ แต่สถานที่ในการเสียชีวิตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงอย่างเดียว

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จต่อ ACP implementation ในสถานพยาบาล



# The Way Forward:

- Encourage ACP integration into all medical services: eg. Primary Health Care, CKD, organ donation, Elderly care etc...

include ACP into a part of medical cost reimbursement

- Training/Education → expand beyond PC personnel
- Audit system & Quality improvement
- Personal health information system

**In collaboration with network in all sectors**



ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง (ศพป) Thai Palliative Care Nurses Society (PCNS)



peaceful death



กรมกิจการผู้สูงอายุ Department of Older Persons (DOP)



สำนักงานคณะกรรมการ ส.ช. สุขภาพแห่งชาติ



ชีวามิตร



เครือข่ายพุทธิกา



กิลานธรรม • Gilanadhamma • ๐๕๐๐๐

AND SO ON.....

**We can**



**do it !**