

ชื่อเรื่อง....การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองไว้รอต่อ...

ชื่อภาษาอังกฤษ Development of seamless palliative care system for the elderly

หน่วยงาน....สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.....

ผู้รับผิดชอบ

1. นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางกฤษณา ตริยมณีรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. นางสมฤดี หลั่นม่วง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

๑. ความสำคัญของหัวข้อเรื่อง

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
1. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ <u>คำจำกัดความ</u> จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ <input type="checkbox"/> ๕) มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป <input checked="" type="checkbox"/> ๔) 100,001 – 500,000 คน <input type="checkbox"/> ๓) 50,001 – 100,000 คน <input type="checkbox"/> ๒) 10,001 – 50,000 คน <input type="checkbox"/> ๑) 0 – 10,000 คน	จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2578 (อ้างอิงเอกสารหมายเลข 1,3)
2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ <u>คำจำกัดความ</u> ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ	ระดับความรุนแรง <input checked="" type="checkbox"/> ๕) เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต) <input type="checkbox"/> ๔) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ <input type="checkbox"/> ๓) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ <input type="checkbox"/> ๒) ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิตหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> ๑) โรคหรือปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ต่อผู้ป่วย	ผู้สูงอายุมีสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรักษาระยะยาวเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค อาจต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ และไม่สามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนได้ แต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มี 78% ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (อ้างอิงเอกสารหมายเลข 1, 8)
๓. ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ <u>คำจำกัดความ</u>	๓.๑ กรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ	มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่มีความเปราะบาง (frailty) จำนวนมากที่เสียชีวิตโดยขาดโอกาสได้รับ

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ																		
ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ	<input type="checkbox"/> ๕) สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ) <input type="checkbox"/> ๔) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน <input checked="" type="checkbox"/> ๓) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน <input type="checkbox"/> ๒) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ๑) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่ลดคุณภาพชีวิต ๓.๒ กรณีการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนและ/หรือการวินิจฉัยโรค - พิจารณาจากความแม่นยำ <input type="checkbox"/> A๒ ความแม่นยำมากกว่า 80% <input type="checkbox"/> A๑ ความแม่นยำ 60 - 80% <input type="checkbox"/> A๐ ความแม่นยำน้อยกว่า 60% - พิจารณาจากผลกระทบ <input type="checkbox"/> D๑ โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ <input type="checkbox"/> D๐ โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>ระดับความแม่นยำ</th><th>ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๕</td><td>A๒</td><td>D๑</td></tr> <tr> <td>๔</td><td>A๑</td><td>D๑</td></tr> <tr> <td>๓</td><td>A๒</td><td>D๐</td></tr> <tr> <td>๒</td><td>A๐/ A๑</td><td>D๐/ D๑</td></tr> <tr> <td>๑</td><td>A๐</td><td>D๐</td></tr> </tbody> </table>	คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค	๕	A๒	D๑	๔	A๑	D๑	๓	A๒	D๐	๒	A๐/ A๑	D๐/ D๑	๑	A๐	D๐	<p>การดูแลแบบประคับประคอง เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลเรื่องโรค และแผนการรักษา ค้นหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (การตัดสินใจปฏิเสธการพยายงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ การขอโทษ และอภัยในสิ่งผิดพลาด การขอโทษกรรม ทำความปรารถนาให้แล้วเสร็จ สะสางสิ่งค้างคาใจ สถานที่เสียชีวิต การจัดการทรัพย์สิน การจัดการร่างกาย และงานศพ) การปรากฏอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน จากความเจ็บป่วยในระยะท้ายที่มีความจำเป็นต้องประเมินอาการ และวางแผนการรักษา และจัดลำดับความสำคัญตามเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่ต้องการ หากมีกระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนและที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น</p> <p>การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย (คำจำกัดความของ WHO) (เอกสารอ้างอิงหมายเลข 4,5,6,7,8)</p>
คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค																		
๕	A๒	D๑																		
๔	A๑	D๑																		
๓	A๒	D๐																		
๒	A๐/ A๑	D๐/ D๑																		
๑	A๐	D๐																		
	๓.๒ กรณีการป้องกันโรค																			

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
	<input type="checkbox"/> ๕) มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า ๙๐ % <input type="checkbox"/> ๔) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๘๑ – ๙๐ % <input type="checkbox"/> ๓) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๗๑ – ๘๐ % <input type="checkbox"/> ๒) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๖๑ – ๗๐ % <input type="checkbox"/> ๑) มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่า ๖๐ %	
4.ความแตกต่างในทางปฏิบัติ <u>คำจำกัดความ</u> ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ	<input type="checkbox"/> ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ <input type="checkbox"/> ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี	-ไม่มีความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ -ไม่มีความแตกต่างของการกระจายเทคโนโลยีในแต่ละโรงพยาบาลในทุกจังหวัด
๕.ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน <u>คำจำกัดความ</u> ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพและ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย	รายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ <input checked="" type="checkbox"/> ๕) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพมากกว่า ๖๓,๕๐๐ บาท/ปี <input type="checkbox"/> ๔) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๕๐,๗๐๑ – ๖๓,๕๐๐ บาท/ปี <input type="checkbox"/> ๓) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๓๘,๐๐๑ – ๕๐,๗๐๐ บาท/ปี <input type="checkbox"/> ๒) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๒๕,๔๐๑ – ๓๘,๐๐๐ บาท/ปี <input type="checkbox"/> ๑) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพน้อยกว่า ๒๕,๔๐๐ บาท/ปี	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ผู้ป่วยและญาติรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจนเสียชีวิตกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลในโรงพยาบาล 24,516.09 บาท/คน และดูแลที่บ้านเป็น 63,228.60 บาท/คน กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลในโรงพยาบาล 29,536.25 บาท/คน และดูแลที่บ้านเป็น 67,950.03 บาท/คน (เอกสารอ้างอิงหมายเลข 2)
๖.ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม <u>คำจำกัดความ</u> ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและ	<input type="checkbox"/> ผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพว่าเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย	

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
วัฒนธรรม ในที่นี้ความเป็นธรรม พิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ <u>ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย</u> ในขณะที่ประเด็นสังคมและ จริยธรรมพิจารณาจากการให้ <u>ความสำคัญในโรคหรือปัญหา</u> <u>สุขภาพที่มีความชุกต่ำ</u>	<input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมี ระดับความชุกของโรคที่พบมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน <input checked="" type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมี ระดับความชุกของโรคที่พบ ๑,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ คน <input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมี ระดับความชุกของโรคที่พบน้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน	

๒. ความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย

มาก

๓. รูปแบบการวิจัย ควรทำเป็น

☒ Primary research ประเภท survey, qualitative, cost analysis, cost effective, multicenter prospective cohort study, retrospective cohort study

☒ Systematic Reviews

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๔. ประโยชน์เชิงนโยบายที่จะได้รับการวิจัย

☒ มาก

☐ ปานกลาง

☐ น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์.คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์,พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี 2563.
2. จิตนภา วาณิชวโรตม์ และคณะ.การวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายที่โรงพยาบาลและที่บ้าน (Cost Analysis for elderly patient in end of life care at hospital and home). สถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562
3. มหาวิทยาลัยมหิดล.สารประชากรศาสตร์.ปีที่ 30 มกราคม 2564.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลาคมจำกัด; 44.
5. ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ. การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในดูแลระยะยาว. นนทบุรี: มาตาการพิมพ์จำกัด; 2558. 3.

6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว: ประเด็นการดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558. 1, 6, 8, 9, 10, 20,21-26, 85.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัทอิสออส จ จำกัด; 2558. 1, 4-5, 9.
8. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management 2013;45(6):1094-106.