

หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากร ในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต ในระหว่างการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย

Thailand's guideline for the allocation of critical-care resources in the context of the COVID-19 pandemic



หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย

Thailand's guideline for the allocation of critical-care resources
in the context of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic

สารบัญ

1. บทนำ.....	2
2. หลักจริยธรรมของการจัดสรรทรัพยากรในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข.....	3
3. หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างการแพร่ระบาดของโรค โควิด 19.....	5
3.1 เงื่อนไขในการนำหลักเกณฑ์นี้ไปปฏิบัติ	5
3.2 เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ (prioritization criteria)	5
3.3 กระบวนการตัดสินใจ (decision making process)	6
3.4 กระบวนการทบทวนหลักเกณฑ์และกระบวนการจัดสรรทรัพยากร (review process)	9
4. การนำหลักเกณฑ์นี้ไปปฏิบัติ (implementation).....	10
ภาคผนวก 1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต	11
ภาคผนวก 2 เครื่องมือประเมินในการพยากรณ์โรค	14
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	21

1. บทนำ

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว จนทำให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในหลายประเทศ ทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU bed) เครื่องช่วยหายใจ (ventilators) เครื่องไตเทียม (hemodialysis machines) รวมถึงบุคลากรผู้ให้การบริบาล เป็นทรัพยากรที่ไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอกับความต้องการในระยะเวลานั้นสั้น แต่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย

หน่วยงานรัฐ องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ จากหลายประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาได้จัดทำแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีหลักปฏิบัติที่โปร่งใส สอดคล้องกับหลักจริยธรรม และป้องกันความกดดันทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรมีความเป็นธรรมต่อประชาชนทุกคน

ประเทศไทยพบการระบาดของโรคโควิด 19 โดยกระทรวงสาธารณสุขแถลงการณ์ยืนยันการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากในช่วงกลางเดือนมีนาคม รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักรเพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยมีมาตรการควบคุมโรคอย่างเคร่งครัดจนถึงสิ้นเดือนเมษายน ซึ่งส่งผลให้สถานการณ์การแพร่ระบาดดีขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกวันและเริ่มผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรคนับตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม เป็นต้นมา การผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรคดังกล่าวอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นได้อีกครั้ง จำเป็นต้องมีการวางแผนการจัดสรรทรัพยากรในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยมากเกินทรัพยากรที่มีไว้ล่วงหน้าเพื่อให้รับมือได้ทันทั่วทั้งที่

การพัฒนาหลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต เช่น เตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU bed) เครื่องช่วยหายใจ (ventilators) เครื่องไตเทียม (hemodialysis machines) เป็นต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมรับมือต่อสถานการณ์ที่มีปริมาณผู้ป่วยมากเกินกว่าทรัพยากรที่มี เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปัจจุบัน หรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรเกิดความเป็นธรรมและมีแนวปฏิบัติสอดคล้องกันทั่วประเทศ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการเผยแพร่ ได้แก่ แพทย์ บุคลากรสุขภาพ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป

ภาคผนวก 1 แสดงขั้นตอนการพัฒนาหลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตฉบับนี้

2. หลักจริยธรรมของการจัดสรรทรัพยากรในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ในสถานการณ์ปกติที่มีทรัพยากรเพียงพอต่อความจำเป็นของประชาชนนั้น บุคลากรสุขภาพมีหลักจริยธรรมในการบริหารผู้ป่วยโดยยึด 4 หลักการ ได้แก่ ก) ประโยชน์ผู้ป่วยสูงสุด (beneficence) ข) ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายใด ๆ เพิ่มขึ้น (non-maleficence) ค) การเคารพเอกลัทธิ (respect for autonomy) และ ง) ความยุติธรรม (justice) โดยผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการทางสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ไม่คำนึงถึงเพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค และสถานะทางสังคม

แต่ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยทุกรายนั้น หลักจริยธรรมยังคงถูกนำมาใช้โดยเปลี่ยนแนวทางในการนำไปปฏิบัติ จากการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเฉพาะราย และไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายใด ๆ เพิ่มเติม เป็นการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดต่อสังคม (utilitarianism) ที่คำนึงถึงการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยทุกรายจึงจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกให้การบริหารแก่ผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดมากกว่า รวมไปถึงการลดระดับการใช้ทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยบางรายที่โอกาสรอดน้อยกว่า สำหรับหลักจริยธรรมการเคารพเอกลัทธิ ผู้ป่วยยังคงสามารถเลือกปฏิเสธการรักษาได้เช่นเดียวกับในสถานการณ์ปกติ การเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติของหลักจริยธรรมนี้จะต้องดำเนินการภายใต้สถานการณ์และระยะเวลาที่จำเป็นเท่านั้น และต้องมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของสาธารณะและปกป้องสุขภาพของประชาชน

การตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดจะได้รับหรือไม่ได้รับการบริหารเป็นสิ่งที่มีผลเสียไม่ได้และเป็นความท้าทายทางจิตใจและจริยธรรมต่อแพทย์และบุคลากรสุขภาพผู้ให้การบริหารอย่างมาก ดังนั้น หลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ (prioritization) ที่มีความโปร่งใส อยู่บนพื้นฐานของหลักการแพทย์และหลักจริยธรรมโดยเฉพาะหลักความยุติธรรม จึงมีความสำคัญในการลดแรงกดดันทางจิตใจของบุคลากรสุขภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนว่าจะได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ภายใต้การคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดต่อสังคม ที่หมายถึงการช่วยชีวิตผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

หลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อสังคมโดยรวมนั้น ไม่สามารถทำตามหลัก ‘มาก่อนได้ก่อน (first-come, first-served)’ หรือ ‘สุ่ม (randomization)’ หรือ ‘ให้ผู้ป่วยที่สุดก่อน (sickest first)’ ได้ เนื่องจากขัดกับการรักษาชีวิตให้ได้มากที่สุดหากผู้ที่มาก่อนหรือได้รับการสุ่มเลือกมีโอกาสรอดชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยรายอื่น การตัดสินใจด้วย ‘อายุ (age)’ หรือ ‘เชื้อชาติ สัญชาติ (race, nationality)’ ขัดกับหลักปฏิบัติที่ไม่แบ่งแยก (non-discriminatory basis) นอกจากนี้ การประเมินการทำประโยชน์หรือคุณค่าต่อสังคม (social usefulness) ของผู้ป่วยแต่ละคน มีปัญหาในการตีความและการปฏิบัติ เนื่องจากคุณค่าของคนแต่ละคนไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยง่าย การใช้เกณฑ์ประโยชน์หรือคุณค่าต่อสังคมจึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในสังคมและความไม่เชื่อมั่นของประชาชน

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การพยากรณ์โรคทางคลินิก (clinical prognosis) ซึ่งเป็นเกณฑ์ทาง การแพทย์ที่ใช้พยากรณ์โอกาสรอดชีวิตในระยะสั้นจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดเพื่อใช้เป็นเกณฑ์การจัดลำดับ ความสำคัญ เนื่องจากสามารถวัดเปรียบเทียบกันได้อย่างเป็นรูปธรรม (measurable) มีความเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) จึงสามารถปฏิบัติให้สอดคล้องเป็นมาตรฐานเดียวกันได้ การจัดลำดับความสำคัญด้วยเกณฑ์ การพยากรณ์โรคทางคลินิกนี้ จะช่วยให้ทรัพยากรในการบริหารได้รับการจัดสรรไปยังผู้ป่วยที่มีโอกาสรอด ชีวิตสูงที่สุด หรือโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษามากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามหลักการประโยชน์สูงสุดต่อ สังคม

3. หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

3.1 เงื่อนไขในการนำหลักเกณฑ์นี้ไปปฏิบัติ

หลักเกณฑ์นี้จะนำมาปฏิบัติเฉพาะในสถานการณ์ต่อไปนี้เท่านั้น

- มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ ศบค. และ
- ระบบบริการสุขภาพได้พยายามจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติมหรือใช้กลไกให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลจนถึงที่สุดแล้วแต่ยังไม่เพียงพอต่อการบริหารผู้ป่วยวิกฤตทุกราย

หลักเกณฑ์นี้จะต้องใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่ต้องพิจารณาการบริหารผู้ป่วยวิกฤต ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 หรือผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับโอกาสเท่าเทียมกัน ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตจำนงว่าไม่ต้องการรับการบริการบริหารผู้ป่วยวิกฤต

3.2 เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ (prioritization criteria)

ให้โรงพยาบาลเลือกใช้เครื่องมือประเมินดังต่อไปนี้ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล อย่างน้อย 2 ใน 4 เครื่องมือ (โดยโรงพยาบาลในประเทศไทยได้ปรับใช้เครื่องมือทั้ง 4 เหล่านี้อย่างแพร่หลาย) เพื่อใช้พยากรณ์โรคของผู้ป่วย

- ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson comorbidity index)
- เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลว (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA)
- การประเมินภาวะเปราะบาง (Frailty assessment) เช่น Clinical Frailty Scale หรือ Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL)
- การทดสอบภาวะความรู้รับบกพร่อง (Cognitive impairment assessment) เช่น Mini Mental Status Examination หรือ Thai-Mini Mental State Examination (TMSE) หรือ MINI-COG

หากผู้ป่วยมีคะแนนเท่ากัน จึงใช้เครื่องมือที่ 3 และ 4 ประเมินเพิ่มตามลำดับเพื่อตัดสิน โดยแต่ละโรงพยาบาลต้องกำหนดลำดับการใช้เครื่องมือประเมินเหมือนกันสำหรับผู้ป่วยทุกราย

การจัดลำดับความสำคัญ ให้ตัดสินด้วยการเปรียบเทียบคะแนน (relative score) ของผู้ได้รับการประเมินในรอบนั้น ๆ ไม่ใช้การตัดสินด้วยการกำหนดระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ (cut-off score)

ดู ภาคผนวก 2 สำหรับเครื่องมือประเมินในการพยากรณ์โรค

3.3 กระบวนการตัดสินใจ (decision making process)

กระบวนการประเมินสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจให้การบริบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษา (attending physician) และคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย (patient review committee) บทบาทหน้าที่ของแพทย์ผู้ให้การรักษา และคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย ตลอดจนขั้นตอนการตัดสินใจ มีดังนี้

3.3.1 แพทย์ผู้ให้การรักษา (attending physician)

ตามนัยของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 กำหนดให้แพทย์เป็นผู้ให้การวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาในระดับที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วัสดุ และพฤติการณ์ที่มีอยู่ และสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ได้อย่างเหมาะสม และตระหนักถึงผลกระทบของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ด้วยกรอบกฎหมายดังกล่าวของประเทศไทย การตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจึงต้องกระทำโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาเท่านั้น

3.3.2 คณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย (patient review committee)

คณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ควรมีอย่างน้อย 5 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย หรือผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่นับถือในชุมชน ควรเป็นจำนวนคี่เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้โดยฉันทามติหรือเสียงส่วนใหญ่ในกรณีไม่มีฉันทามติ

คณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ผู้ให้การรักษาในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรสำหรับการบริบาลผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์ที่กำหนด และช่วยเหลือแพทย์ผู้ให้การรักษาในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติ

นอกจากนี้ ควรกำหนดให้มีเลขานุการ 1 คน เพื่อรับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ผลการตัดสินใจ ผลการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติ และเก็บรักษาเพื่อการตรวจสอบและพัฒนาหลักเกณฑ์นี้ต่อไป

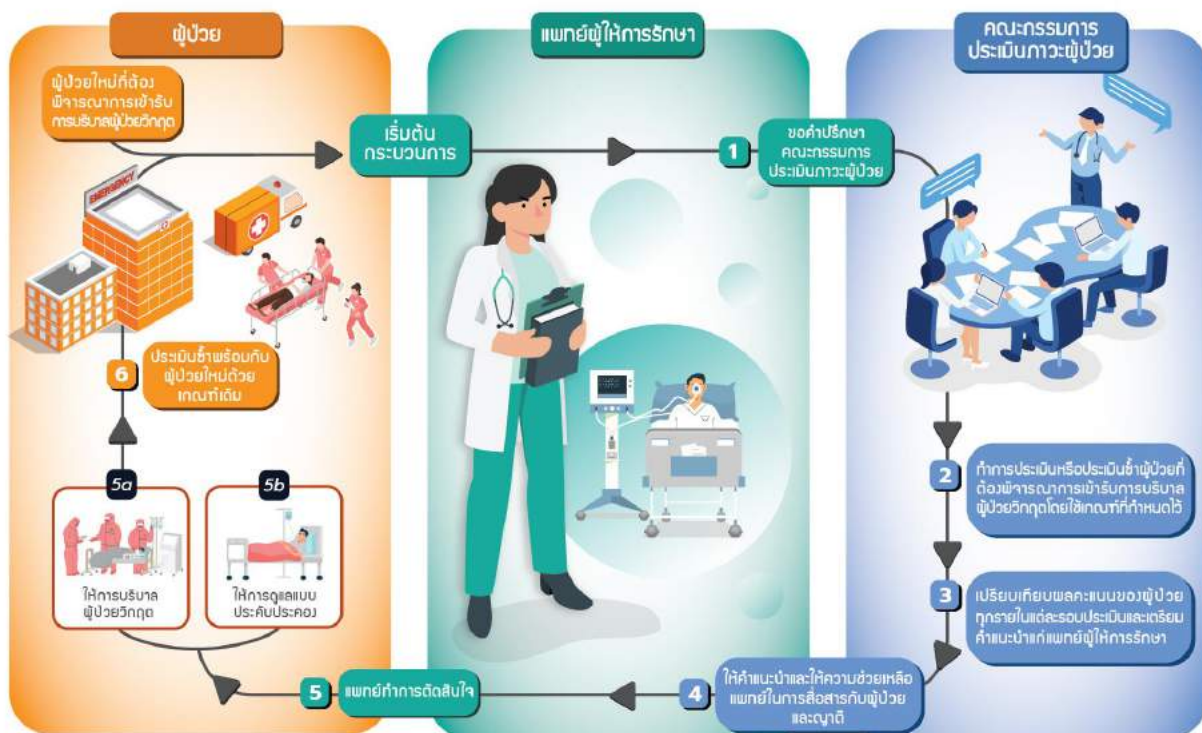
3.3.3 ขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making steps)

การประเมินผู้ป่วย ให้ทำทั้ง ก่อนได้รับการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต (prior critical care) ได้แก่ เติง ICU เครื่องช่วยหายใจ เครื่องไตเทียม เป็นต้น และเมื่ออยู่ในระหว่างได้รับการบริบาลดังกล่าว (during critical care)

การประเมินกระทำโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาและคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย

ขั้นตอนการตัดสินใจ มีดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 1)

- 1) แพทย์ผู้ให้การรักษาขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย
- 2) คณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วยใช้เกณฑ์ โดยใช้เครื่องมือ 2 ใน 4 ดังกล่าว โดยประเมินผู้ป่วยทุกรายในรอบนั้น ได้แก่ ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องพิจารณาเข้ารับการบริหารผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการประเมินซ้ำ
- 3) คณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วยรวบรวมและเปรียบเทียบผลคะแนนของผู้ป่วยทุกรายและเตรียมคำแนะนำในการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม
- 4) คณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วยให้คำแนะนำแก่แพทย์ผู้ให้การรักษา พร้อมช่วยเหลือในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม
- 5) แพทย์ผู้ให้การรักษาทำการตัดสินใจ ดังนี้
 - 5a. ให้การบริหารผู้ป่วยวิกฤต (critical care) หรือ
 - 5b. ให้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)
- 6) ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินซ้ำร่วมกับผู้ป่วยใหม่รายอื่น เช่น ทุก 48 ชั่วโมง เป็นต้น



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการตัดสินใจให้ผู้ป่วยรับการบริบาล

3.3.4 การสื่อสารผลการพิจารณาต่อผู้ป่วยและญาติ (communication with patients and families)

แพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นผู้สื่อสารผลการพิจารณาให้ได้รับการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต หรือ การรักษาแบบประคับประคอง รวมถึงการปรับเป็นการรักษาแบบอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกรองลงมา เช่น ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดอื่น ๆ หรือการนำออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

ผู้ป่วย ญาติ หรือตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับผลการพิจารณาโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาสามารถขอปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ ตามความเหมาะสม

3.3.5 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (registry)

ให้โรงพยาบาลจัดทำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญในการให้การบริบาลผู้ป่วยวิกฤต ทั้งผู้ป่วยโรคโควิด 19 และผู้ป่วยอื่น

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใช้เพื่อ ก) บันทึกผลการประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ ข) ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย และ ค) ผลการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยแบบบันทึกข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบฟอร์มการประเมินภาวะผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อรับการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต (individual assessment form for critical care) ทำการประเมินโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา เอกสารเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย หากแพทย์ต้องการปรึกษาคณะกรรมการประเมินสถานะผู้ป่วย จึงจะทำการบันทึกข้อมูลส่วนที่ 2

2) แบบฟอร์มการประเมินภาวะผู้ป่วยเพื่อจัดสรรการบริบาล (patient review record for care allocation) ทำการประเมินโดยคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย และให้เก็บไว้โดยคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย เพื่อการทบทวนและพัฒนาหลักเกณฑ์และกระบวนการ

การบันทึกข้อมูลจะเรียงลำดับแบบบันทึกข้อมูลจากแบบที่ 1 ไปแบบที่ 2 ซึ่งจะทำเช่นเดียวกันทั้งในรอบการประเมินครั้งแรกและการประเมินซ้ำ

แพทย์ผู้ให้การรักษาและคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกนี้ ก่อนที่จะนำผลการพิจารณาไปสื่อสารให้กับผู้ป่วย ญาติ และตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนี้จะถูกเก็บไว้เพื่อการประเมิน (evaluation) ทั้งในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดและภายหลังจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ดู ภาคผนวก 3 สำหรับตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

3.4 กระบวนการทบทวนหลักเกณฑ์และกระบวนการจัดสรรทรัพยากร (review process)

ควรจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินการตามเกณฑ์นี้ โดยมีวัตถุประสงค์ ก) เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม ข) เพื่อระบุปัญหาเชิงปฏิบัติ ค) เพื่อการพัฒนาเกณฑ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยมีหลักการดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จะถูกทบทวนและประเมินเป็นระยะ เพื่อให้แน่ใจว่าการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสม
- ผู้ทบทวนอาจเป็นบุคคลที่สามในโรงพยาบาล หรือบุคคลภายนอกโรงพยาบาล หรือทบทวนแบบกลุ่มนำโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดก็ได้
- การทบทวนควรทำที่ระดับโรงพยาบาล
- ควรจัดให้มีการประเมินการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้ในระดับประเทศ

4. การนำหลักเกณฑ์นี้ไปปฏิบัติ (implementation)

การนำแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตนี้ไปสู่การปฏิบัติ จะต้องมี 2 ขั้นตอนสำคัญเพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางนี้เป็นไปอย่างราบรื่น ดังนี้

4.1 การรับรองทางกฎหมาย

เนื่องจากเมื่อพิจารณาตามหลักกฎหมายปกติคือ หลักการในการรับผิดชอบตามกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 จะพบว่าได้รับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม “ตามวิสัย พุทธิการณ์ และสถานการณ์ความขาดแคลนทรัพยากรในการทำงานของแพทย์” ที่เกิดขึ้นในขณะที่ประกอบวิชาชีพอยู่แล้ว ดังนั้นในสถานการณ์ของการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์จึงสามารถใช้อธิบายในทางกฎหมายได้ว่าเป็นความจำเป็นที่แพทย์จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรนี้

และเนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งกำหนดโดยแพทยสภา ดังนั้น “หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย” จึงควรได้รับการรับรองโดยแพทยสภา โดยการออกเป็นข้อบังคับแพทยสภา หรือพิจารณาออกเป็นคำสั่งหรือกฎหมายพิเศษ เพื่อรองรับการดำเนินการตามหลักเกณฑ์นี้

4.2 การสื่อสารต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไป

ต้องมีการสื่อสารต่อแพทย์ บุคลากรสุขภาพ และเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขให้รับทราบสาระสำคัญและแนวปฏิบัติของแนวทางฯ นี้ก่อนที่จะมีการนำไปปฏิบัติ

ต้องมีการสื่อสารต่อประชาชนทั่วไปให้เข้าใจถึงคุณค่าของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อประโยชน์ส่วนรวม

xx

ภาคผนวก 1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต

การพัฒนาแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤตฉบับนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การทบทวนวรรณกรรม เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ แนวปฏิบัติ คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือโรคระบาดอื่น ซึ่งจัดทำโดยหน่วยงานรัฐ องค์กรวิชาชีพ หรือนักวิชาการในต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในองค์ความรู้ และบริบทของการศึกษามากขึ้น โดยจะนำสาระสำคัญที่ได้มาใช้อย่างเหมาะสมสำหรับบริบทประเทศไทยเพื่อปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

การสืบค้นแนวปฏิบัติ สืบค้นจากเว็บไซต์ของ International Society for Priorities in Health ที่เป็นเครือข่ายเกี่ยวกับการลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรเกี่ยวกับสุขภาพ (<https://prioritiesinhealth.org/guidelines>) ในหมวดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ได้มีการรวบรวมแนวปฏิบัติจากประเทศต่าง ๆ โดยพบ 36 แนวทางปฏิบัติ (เข้าถึงข้อมูลในวันที่ 14 เม.ย. 2563) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าเพื่อทำการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

- 1) เลือกใช้คำสำคัญ ได้แก่
 - COVID-19 หรือ pandemic หรือ outbreak
 - Allocation หรือ priority
 - Critical หรือ intensive
- 2) เลือกแนวทางการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ใน COVID-19 หรือ infectious disease outbreaks หรือ influenza pandemics
- 3) มีการตีพิมพ์ ในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา (ค.ศ. 2010-2020) และใช้เกณฑ์การคัดออก ดังนี้
 - 1) เผยแพร่ด้วยภาษาที่ทีมวิจัยไม่สามารถแปลได้แนวปฏิบัติที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก แสดงดังตาราง

ที่	ชื่อ	หน่วยงานที่ผลิต	ประเทศ	URL
1	COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity	Swiss Academy of Medical Science (SAMS)	Switzerland	https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20229

ที่	ชื่อ	หน่วยงานที่ผลิต	ประเทศ	URL
2	COVID-19 rapid guideline: critical care in adults	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	UK	https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/covid19-rapid-guideline-critical-care-in-adults-pdf-66141848681413
3	Ventilator allocation guidelines	New York State Task Force on Life and the Law, New York State Department of Health	USA (New York)	https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf
4	Covid-19 ethical issues	British Medical Association	UK	https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf
5	Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine	The Belgian Society of Intensive care medicine	Belgium	http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID-19-ethical_final_c.pdf
6	Decisions on the allocation of resources in the emergency and intensive care in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical and ethical recommendations	German Interdisciplinary Association for Intensive Care and Emergency Medicine	Germany	https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file
7	Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency	University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine	USA	https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UniversityPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy.pdf
8	Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances	Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) or	Italy	http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Recommendations.pdf
9	Allocation of intensive care medical resources during the COVID-19 pandemic	Ethics Working Group of the Austrian Society for Anaesthesiology, Resuscitation and intensive medicine (ARGE Ethik ÖGARI)	Austria	https://www.oegari.at/web_files/cms_data/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf
10	Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks	World Health Organization	-	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf;jsessionid=337F79C04F0CA5F2103E01A066FED1D1?sequence=1

ที่	ชื่อ	หน่วยงานที่ผลิต	ประเทศ	URL
11	Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic	The Hastings Center	USA	https://www.thehastingscenter.org/ethical-frameworkcovid19/

2) การสัมภาษณ์แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้น และเข้าใจบริบทการรักษาในประเทศไทยเพื่อนำองค์ความรู้ รวมถึงปัญหา และอุปสรรคจากการรักษาในปัจจุบันไปพัฒนาแนวทางการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม

3) การประชุมปรึกษาหารือกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาชน (**stakeholder consultation**) โดยประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นักกฎหมาย นักมานุษยวิทยาการแพทย์ ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ตัวแทนจากภาคประชาชน ตัวแทนฝ่ายศาสนา และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อสารมวลชน เพื่อปรึกษาหารือถึงความเหมาะสมของข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นตามบริบททาง การแพทย์ กฎหมาย สังคม และวัฒนธรรมของประเทศไทย จัดขึ้น 2 รอบ ในวันที่ 28-29 เมษายน พ.ศ. 2563

ขั้นตอนเริ่มจากการสร้างแนวทางและเอกสารอ้างอิงให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาก่อนถึงวันประชุม ในวันประชุมปรึกษาหารือ มีการนำเสนอร่างแนวทางที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน และให้ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายและให้ความเห็น จากนั้นจึงใช้ข้อสรุปจากการประชุมไปปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสม และจัดส่งร่างฉบับแก้ไขให้ผู้เข้าร่วมตรวจสอบ

ภาคผนวก 2 เครื่องมือประเมินในการพยากรณ์โรค

1) ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson comorbidity index)

มีการประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม โดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3 และ 6 คะแนน ดังนี้

- ค่าคะแนน 1 คะแนน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลายโรคหลอดเลือดสมอง โรคความจำเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคตับชนิดไม่รุนแรง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin หรือยา coumarin
- ค่าคะแนน 2 คะแนน ได้แก่ โรคอัมพาต โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคไตชนิดรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งแบบยังไม่แพร่กระจาย และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
- ค่าคะแนน 3 คะแนน ได้แก่ โรคตับแข็งชนิดรุนแรงปานกลางและโรคตับแข็งชนิดรุนแรงมาก
- ค่าคะแนน 6 คะแนน ได้แก่ โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายและโรคเอดส์ (AIDs)

คะแนนรวมตั้งแต่ 0-33 คะแนน คะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดจะถูกจัดออกเป็น 4 ระดับ

- ค่าคะแนนรวม 0 คะแนนเท่ากับ ไม่มีโรคร่วม
- ค่าคะแนนรวม 1-2 คะแนนเท่ากับ มีโรคร่วมน้อย
- ค่าคะแนนรวม 3-4 คะแนนเท่ากับ มีโรคร่วมปานกลาง
- ค่าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไปเท่ากับ มีโรคร่วมมาก

ที่มา:

1. Srivisai T, Pinyopasakul W, Charoenkitkarn V. Relationships between Age, Body Mass Index, Comorbidity, and Systemic Inflammatory Response Syndrome in Patients with Respiratory Infection at an Emergency Unit. *Rama Nurs J.* 2015;21(2):186-198. https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2558/issue_02/21_4.pdf.
2. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-383. doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8

2) เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลว (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment score; SOFA score)

ระบบ	คะแนน				
	0	1	2	3	4
การทำงานของระบบ หายใจ: PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 ร่วมกับ การช่วยหายใจ	< 100 ร่วมกับ การช่วยหายใจ
ค่าการแข็งตัวของเลือด: ระดับเกร็ดเลือด (/ไมโครลิตร)	≥ 150,000	< 150,000	< 100,000	< 50,000	< 20,000
การทำงานของตับ: ระดับบิลิรูบิน (มก./ดล.)	< 1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	> 12.0
การทำงานของระบบ หมุนเวียนโลหิต	MAP* ≥ 70 มม.ปรอท	MAP < 70 มม.ปรอท	ให้ dopamine < 5 หรือให้ dobutamine ขนาดใดก็ได้	ให้ dopamine 5.1-15 หรือ epinephrine หรือ norepinephrine ≤ 0.1	ให้ dopamine > 15 หรือ epinephrine หรือ norepinephrine > 0.1
การทำงานของระบบ ประสาท: คะแนนระดับการ รู้สึกตัว (Glasgow coma scale score)	15	13-14	10-12	6-9	< 6
การทำงานของไต: -ค่า creatinine (มก./ดล.) และ -ปริมาณปัสสาวะ (มล./วัน)	< 1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	> 5.0
				< 500	< 200

*MAP = mean arterial pressure หรือ ความดันโลหิตหลอดเลือดแดงเฉลี่ย

ที่มา: คมกฤษ สุทธิจันทร์, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, สมจิต พุกษะรัตนนท์ และวัลลภ ใจดี. ผลลัพธ์ของการใช้เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของจังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยติดเชื้อที่โรงพยาบาลบางปะกง. *บูรพาเวชสาร ปีที่ 5* 2561;1 (มกราคม-มิถุนายน):13-27.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BJmed/article/download/138782/103129/>

3) การประเมินภาวะเปราะบาง (Frailty assessment)

3.1) Clinical Frailty Scale

ยังไม่มีแปลเป็นภาษาไทย

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

ที่มา: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

3.2) การประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living, ADL)

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน(Barthel Index)		แรกเริ่ม	จำหน่าย
แบบประเมินกิจวัตรประจำวันโดย (Barthel Index)			
1. ล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม ☐ 0 ต้องมีคนช่วย ☐ 5 ทำเองได้			
2. การอาบน้ำ ☐ 0 ต้องมีคนช่วย ☐ 5 ทำเองได้ ทำความสะอาดร่างกายเช็ดตัวได้ทุกส่วน			
3. การแต่งตัว ☐ 0 ต้องมีคนช่วย ☐ 5 มีคนช่วยบางส่วน ☐ 10 ทำเองได้ รวมทั้งติดเข็ม ติดกระดุม			
4. การรับประทานอาหาร ☐ 0 ต้องมีคนช่วย, ให้อาหารทางสายยาง ☐ 5 มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ, เติมน้ำอาหารให้ ☐ 10 ทำเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้			
5. การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ 0 ปัสสาวะเองไม่ได้ คาสายสวน ☐ 5 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ☐ 10 ปัสสาวะเองได้ ทำความสะอาดหลังขับถ่ายเองได้			
6. การถ่ายอุจจาระ ☐ 0 กลับไม่ได้ อุจจาระราดหรือท้องผูกต้องสวนอุจจาระให้ ☐ 5 อุจจาระเองได้ ช่วยสวนหรือเหน็บไม่เกิน 1 ครั้ง ☐ 10 ทำได้เอง สวนหรือเหน็บเองได้			
☐ 0 ต้องมีคนช่วยเหลือ ☐ 5 มีคนช่วยบางส่วน ☐ 10 ทำเองได้			
8. การขึ้นลงจากเตียง ☐ 0 ลุกจากเตียงไม่ได้ ☐ 5 ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนพยุงช่วย 1-2 คน ☐ 10 ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย ☐ 15 ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง			
9. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน ☐ 0 นั่งบนรถเข็นแต่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ 5 นั่งบนรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา ☐ 10 เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย ☐ 15 เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย			
10. การขึ้นบันได ☐ 0 ขึ้นบันไดเองไม่ได้ ☐ 5 ขึ้นบันไดเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย ☐ 10 ขึ้นบันไดเองได้ อาจต้องมีราวเกาะช่วย			
รวมคะแนน Barthel Index (เต็ม 100 คะแนน)			
ผู้ประเมิน/ตำแหน่ง			

การแปลผลคะแนน Barthel Index

0 - 20 Very Severity disabled
25 - 45 Severity disabled
50 - 70 Moderate disabled
75 - 90 Mild disabled
100 Pyphysically Independent

ที่มา: <http://detudomhospital.org/hospital-detudom/web/uploads/docward/20190319120331.pdf>

4) การทดสอบภาวะความรับรู้บกพร่อง (Cognitive impairment assessment)

ตัวอย่างเครื่องมือในการประเมินภาวะความรับรู้บกพร่อง

4.1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ชื่อ.....อายุ.....HN.....
 ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ สูงกว่าประถมศึกษา
 ปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วย ☐ หู ☐ ตา ☐ อื่นๆ

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for time ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาปัจจุบัน (5 คะแนน)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		☐
1.2 วันนี้ วันอะไร		☐
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		☐
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		☐
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		☐
2. Orientation for place ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		☐
2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร		☐
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร - เขตอะไร		☐
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		☐
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร		☐
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร		☐
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนน) อะไร		☐
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ หรือ / เขตอะไร		☐
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		☐
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร		☐
3. Registration ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นรายการทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีๆ		
เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน)พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวผม(ดิฉัน)จะถามซ้ำ		
การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป		
(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)		
☐ ดอกไม้	☐ แม่น้ำ	☐ รถไฟ
ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า		
☐ ต้นไม้	☐ ทะเล	☐ รถยนต์

ที่มา: The New York Hospital-Cornell Medical Center

แปลโดย: คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542

https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpo_web/document/181112154199940097.pdf

4.2) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination)

แบบทดสอบ TMSE

TMSE (Thai Mental State Examination) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทํางานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในภาคการดูแลสุขภาพจิตของสังคม ในการจําแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและการแสดงออกในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

Question	Points
1. Orientation (6 คะแนน)	
วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4
ที่ไหน	1
ใคร (คนในภาพ)	1
2. Registration (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม	
ต้นไม้ รอยนํ้า มือ	3
3. Attention (5 คะแนน) ให้นับถอยหลัง เริ่มจากสิบห้า วันเสาร์	
ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	5
4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง	
100 93 86 79	3
5. Language (10 คะแนน)	
5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	2
5.2 ให้พูดตาม " ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด "	1
5.3 ทำตามคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)	
หยิบกระดาษด้วยมือขวา	1
พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1
แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	1
5.4 อ่านข้อความแล้วทำตาม " กลับตา "	1
5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง 	2
5.6 กล่าวกับสิ่งเหมือนกันคือ (เป็นผลไม้)	
แมวกับหมาเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์ เป็นสิ่งมีชีวิต)	1
6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างทิ้งไว้ถามข้อ 2	
ต้นไม้ รอยนํ้า มือ	3
ภาวการณ์ข้ออื่น คะแนน 5 23	คะแนนรวม

ที่มา: ดัดแปลงจาก MMSE โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง 2536

<http://doh.hpc.go.th/data/academic/TMSE.pdf>

4.3) Mini-COG

MINI-COG™

- 1) ให้ผู้ป่วยตั้งใจฟังแล้วบอกผู้ป่วยว่า “ดิฉัน (ผม) จะบอกคำ 3 คำซึ่งอยากให้คุณ (ชื่อ บ้า ลุง ยาย ตา) จำตอนนี้ แล้วก็จำไว้ต่อไปนะคะ (นะครับ) คำเหล่านี้ได้แก่

บ้าน แมว สีเขียว

ไหนดองพูดออกมาให้ฟังสิคะ (ครับ) ให้โอกาสผู้ป่วยลองทำ 3 ครั้งหากไม่สามารถทำได้หลังจากพยายาม 3 ครั้งให้ทำข้อต่อไป

พับหน้านี้ไปทางด้านหลังตามรอยประ 2 แถวด้านล่างเพื่อให้เกิดพื้นที่ว่างและปิดคำที่ให้อ่านไว้ส่งคืนสอ/ปากกาให้ผู้ป่วย

- 2) พูดวลีต่อไปนี้ตามลำดับ:” ช่วยวาดรูปนาฬิกาบนพื้นที่ว่างด้านล่างนี้หน่อยนะคะ (ครับ) เริ่มจากวาดวงกลมวงใหญ่ๆคะ (ครับ)” (เมื่อเสร็จแล้วให้บอกว่า) “ใส่ตัวเลขลงไปในวงกลมให้ครบเลขคะ (ครับ)” (เมื่อเสร็จแล้วให้บอกว่า) “ที่นี่ให้ตั้งเวลาโดยให้เข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11:10 น. (สิบเอ็ดนาฬิกาสิบนาทึ) ค่ะ (ครับ)” หากผู้ป่วยไม่สามารถวาดนาฬิกาได้เสร็จภายใน 3 นาทีให้หยุดทำแล้วไปตามคำที่ให้จำไว้

.....
.....

ที่มา : Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(5):594-600. doi:10.1111/ggi.12318

ภาคผนวก 3 ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

- 1) แบบฟอร์มการประเมินภาวะผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อรับการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต (Individual assessment form for critical care)

โรงพยาบาล			
แบบฟอร์มการประเมินภาวะผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อรับการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต (Individual assessment form for critical care)			
แบบฟอร์มนี้ใช้ประเมินผู้ป่วยแต่ละรายและเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย			
ข้อมูลผู้ป่วย		สถานะการประเมิน	
ชื่อ.....		☐ ก่อนรับเข้า ICU ☐ ระหว่างอยู่ ICU ครั้งที่	
Hospital Number			
วันที่ประเมิน เวลา			
สถานะผู้ป่วย Covid-19 ☐ บวก (Positive) ☐ ต้องสงสัย (Suspected) ☐ ผู้ป่วยประเภทอื่น(Other)			
เกณฑ์การประเมินโดยแพทย์เจ้าของไข้			
คะแนนการพยากรณ์โรค			
ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson's comorbidity Index)	การประเมินอวัยวะล้มเหลว (SOFA score)	การประเมินภาวะเปราะบาง (CFS / Barthel score)	การทดสอบภาวะการรับรู้การพร้อม (Mini Mental Examination)
การพิจารณา			
☐ พิจารณาได้ทันที ☐ ขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย			
ผลการพิจารณา (โดยแพทย์เจ้าของไข้)			
☐ ให้การบริบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ☐ ให้การรักษาแบบประคับประคอง หรือการรักษาแบบอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกรองลงมาจากทำให้บริบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต			
ผลการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วย			
☐ ยอมรับในผลการพิจารณา ☐ ไม่ยอมรับในผลการพิจารณา (ผู้ป่วย ญาติ หรือตัวแทนทางกฎหมายสามารถขอปรึกษา ผอ.รพ. หรือ นพ.สสจ. นั้น ๆ ตามความเหมาะสม)			
ลงชื่อแพทย์เจ้าของไข้			

2) แบบฟอร์มการประเมินภาวะผู้ป่วยเพื่อจัดสรรการบริหาร (Patient review record for care allocation)

โรงพยาบาล							
แบบฟอร์มการประเมินภาวะผู้ป่วยเพื่อจัดสรรการบริหาร (Patient review record for care allocation)							
เก็บไว้โดยคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย เพื่อการทบทวนและพัฒนาหลักเกณฑ์และกระบวนการ							
รอบการประเมิน ที่...../256x วันที่ประเมิน เวลา				ชื่อคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วย 1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5).....			
ความจำเป็นของการประเมินในรอบนี้ ☐ ICU beds ☐ Ventilators ☐ Other จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ..... จำนวนที่ว่าง..... จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ..... จำนวนที่ว่าง..... จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ..... จำนวนที่ว่าง.....							
ข้อมูลผู้ป่วยในรอบการประเมิน							
ผู้ป่วยรายที่/ชื่อ-สกุล	HN	เกณฑ์การประเมิน*				ควรได้รับการ บริหารผู้ป่วย วิกฤต (เช็ค ✓)	ควรได้รับการ รักษาภาวะ ประคับประคอง (เช็ค ✓)
		CCI	SOFA	Frailty	Cognitive impairment		
1						☐	☐
2						☐	☐
3						☐	☐
4						☐	☐
5						☐	☐
...						☐	☐
* แต่ละโรงพยาบาลกำหนดลำดับการใช้เครื่องมือประเมินเป็นแบบแผนเดียวกันสำหรับผู้ป่วยทุกราย และให้ใช้อย่างน้อย 2 เครื่องมือในการประเมินขั้นแรก หากผู้ป่วยมีคะแนนเท่ากัน ให้ใช้เครื่องมือที่ 3 และ 4 ตามลำดับ เฉพาะผู้ที่มีคะแนนเท่ากัน							
ลงชื่อคณะกรรมการ 1. 2. 3. 4. 5.							