

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาลักษณะผู้ป่วยระดับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

Received: April 4, 2021; Revised: May 25, 2021; Accepted: August 18, 2021

แพทย์หญิงชโลธร ชาวบ้านกว้าง

ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

Corresponding Author e-mail:

ying.nph13@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคองในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการศึกษา: แบบ Cross sectional study เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคองตามเกณฑ์ The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICT™ 2019) ที่หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไป แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ ก.ค. 2563 ถึง ม.ค. 2564 เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยใน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคองตามเกณฑ์ SPICT™ 2019 จำนวน 262 คน พบผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกการดูแลแบบประคองจำนวน 40 คน (15.27%) จากหอผู้ป่วยสามัญ 22 คน และหอผู้ป่วยพิเศษ 18 คน โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Cancer จำนวน 32 คน (80.00%) สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลประคองชนิดของมะเร็ง Palliative performance scale และสาเหตุการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกการดูแลแบบประคอง และกลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกการดูแลแบบประคองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับหัตถการ Endotracheal tube insertion ในผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคองน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคอง (15.38% VS 26.47%, P-value < 0.001) และได้รับการทำ Advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรมากกว่า (100% VS 20.27%, P-value < 0.001)

สรุป: ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคองมีจำนวนน้อย ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็งยังไม่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคอง การส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคองทำให้ผู้ป่วยได้ทำ Advance care plan มากกว่า และใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคอง

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคอง, ผู้ป่วยในแบบประคอง, ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย

ORIGINAL ARTICLE

Characteristics of palliative inpatients in medicine department, Nakhonpathom hospital: A cross-sectional study

Received: April 4, 2021; **Revised:** May 25, 2021; **Accepted:** August 18, 2021

Abstract

Objective: To investigate characteristics of palliative patients in Nakhonpathom hospital

Methods: This cross-sectional study was conducted at the inpatients medicine department setting during July 2020-January 2021. Palliative patients were eligible to participate this study if they were met criterion of SPICT™ 2019. The medical record were reviewed.

Results: 262 palliative patients were eligible for this study. Forty palliative patients (15.27%) had palliative care consult services. The proportion of patients with SPICT™ 2019 in the two groups differed. Cancer was the most common primary diagnosis in patients with palliative care consultation (n=32). There were significantly different in admission unit, SPICT™ 2019, type of cancer, palliative performance scale and principle diagnosis between the two study groups. Patients receiving palliative care consultation had lower rate of endotracheal tube insertion than patients without palliative care consultation (15.38% VS 26.47%, P-value < 0.001). Palliative care consultation group also had more ACP documentation than a non-consultation group (P-value < 0.001).

Conclusion: The low rate of palliative care accessibility was use among the patients with non-cancer and critical illness. Palliative care service decreased the proportion of endotracheal intubation and achieved more ACP documentation.

Keywords: palliative consultation, palliative inpatients, medical outcome

Chalothorn Chaobankrang, MD, MRCFPT
Nakhonpathom hospital, Nakhonpathom province

Corresponding Author e-mail:
ying.nph13@gmail.com

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะลุกลามของโรค และครอบครัวผู้ป่วย มุ่งเน้นการดูแลอย่างองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นที่ต้องการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มของปริมาณประชากรสูงอายุ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่การดูแลแบบประคับประคองนั้นยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยประมาณ 40 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียง 14%¹ ในขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 21.4% แต่มีผู้ป่วยมีเพียง 6% ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอาการทางกายและจิตใจได้ครบถ้วน ได้รับการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น^{3, 4} นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล อาทิ การเพิ่มคุณภาพของการรักษา ลดอัตราการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁵⁻¹⁰ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ¹¹

แผนกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนครปฐม เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยอายุรแพทย์และพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง มีรูปแบบการให้บริการคลินิกประคับประคอง บริการเยี่ยมบ้าน และบริการให้คำ

ปรึกษาผู้ป่วยในจากทุกแผนกในโรงพยาบาล โดยแผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระดับประคองมากที่สุด จึงเป็นที่มาของการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยแบบประคับประคอง สัดส่วนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระดับประคองในบริบทของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพัฒนาแผนการดูแลรักษาได้ตรงตามตามลักษณะและความจำเป็นของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross sectional study เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ (RCU) หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (semi-ICU) หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2564

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก 1.) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2.) ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICIT[™] 2019) 3.) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 4.) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1.) ผู้ป่วยที่ไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่นอนจากแพทย์เจ้าของไข้ 2.) ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านความจำหรือบกพร่องทางสติปัญญา เช่น dementia, mental retardation ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เกณฑ์ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICT™ 2019) (12-15) ประกอบด้วย

- โรคมะเร็ง (Cancer)
- ภาวะสมองเสื่อม/ ภาวะเปราะบาง (Dementia/ Frailty)
- โรคระบบประสาท (Neurological disease)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Heart/ Vascular disease)
- โรคทางเดินหายใจ (Respiratory disease)
- โรคไต (Kidney disease)
- โรคตับ (Liver disease)
- สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอย (Poor or deteriorating health)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกการรักษาระยะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ หอผู้ป่วย โรคประจำตัว Palliative performance scale (PPS) สาเหตุการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Principle diagnosis) ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Complication) การได้รับหัตถการที่รุกราน (Invasive procedure) การได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care team consultation) การได้รับการทำ advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์

อักษร และการบรรจุ advance care plan ตามที่ระบุไว้ในเอกสาร advance care plan

วิธีการรวบรวม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICT™ 2019) โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการรักษาจากแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยใน (chart review) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเพียงคนเดียว การบันทึกข้อมูลใช้โปรแกรม Microsoft Excel ร่วมกับ google form ซึ่งข้อมูลจะถูกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยโปรแกรม Stata รายงานผลข้อมูลทั่วไปเป็นความถี่และร้อยละ ใช้สถิติ Pearson Chi-square เพื่อทดสอบเปรียบเทียบ Patient Characteristics เป็นตัวแปรจำแนกประเภท (Categorical variables) ระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยและกลุ่มที่เคยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะผู้ป่วยในในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ (RCU) หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (semi-ICU) หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกอายุรกรรมทั้งหมด 8,240 คน มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก SPICT™ 2019 จำนวน 262 คน (3.18%)

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีจำนวน 40 คน (15.27%) เป็นเพศชายสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุเกิน 60 ปี และผู้ป่วยที่อายุเกิน 80 ปีมีจำนวนถึง 36.26% (แผนภูมิที่ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี Palliative

performance scale เท่ากับ 30%-50% (62.50%) รองลงมาคือ Palliative performance scale > 60% (22.50%) หอผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดคือ หอผู้ป่วยสามัญ (47.33%) และหอผู้ป่วยพิเศษ (30.92%) หอผู้ป่วยที่ไม่พบการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองคือ หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤติทางเดินหายใจ และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ SPICIT™ 2019 เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Cancer ถึง 80% ในขณะที่กลุ่ม non cancer ประกอบด้วย Dementia/Frailty (5%) Respiratory disease (5%) Liver disease (5%) และ Poor or Deteriorating health (5%) โดยผู้ป่วยมะเร็งเกือบทั้งหมดเป็นมะเร็งระยะ 3 และระยะ 4 ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Poor or Deteriorating health มากที่สุด (30.18%) รองลงมาคือ Cancer (20.27%) Dementia/Frailty (20.27%) Respiratory disease (9%) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2

ข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองได้รับการวินิจฉัยเป็น Disease progression Pneumonia และ Sepsis เป็น 35.00% 7.50 % และ 7.50% ตามลำดับ การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลพบในผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 237 คน (90.46%) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ Acute respiratory failure, Acute kidney injury, Anemia, Severe sepsis และ Hospital acquired pneumonia รายละเอียดดังตารางที่ 2

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด (40 คน) ได้รับการทำ Advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและได้รับการดูแลตรงตาม Advance care plan ที่ระบุไว้ในเอกสารตามประสงค์ของผู้ป่วย และได้รับหัตถการ Endotracheal

tube insertion จำนวน 4 ราย (15.38%) และไม่ได้รับหัตถการ Renal replacement therapy และ Cardiopulmonary Resuscitation ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองได้รับหัตถการ Endotracheal tube insertion จำนวน 45 ราย (26.47%) Renal replacement therapy จำนวน 4 ราย (2.35%) และ Cardiopulmonary Resuscitation จำนวน 2 ราย (1.17%)

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง SPICIT™ 2019 มีลักษณะพื้นฐานทางประชากรใกล้เคียงกับผลวิจัยที่ผ่านมาคือ มีสัดส่วนของเพศ และอายุใกล้เคียงกัน พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 15.27% ซึ่งใกล้เคียงกับศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (17.30%) และต่างประเทศ^{1,16,17} มากกว่าโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (6% และ 0.2% ตามลำดับ)^{2,18} งานวิจัยนี้ไม่พบการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤติทางเดินหายใจ และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ซึ่งมีจำนวนถึง 22% จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด ในขณะที่ต่างประเทศพบการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตประมาณ 30%-40%^{7,19,20} ประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง SPICIT™ 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Cancer (80.00%) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่า Palliative performance scale 30%-50% โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีสัดส่วนของความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษา

แผนกแบบประคับประคอง (P-value < 0.001)

สาเหตุการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.001) โดยผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลด้วย Disease progression ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองนอนโรงพยาบาลด้วย Pneumonia

ด้านอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่

การได้รับหัตถการ Endotracheal tube insertion ในผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีจำนวน 15.36% ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) สอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์²¹ และงานวิจัยในต่างประเทศ²²⁻²⁴ ที่มีหัตถการ Endotracheal tube insertion ประมาณ 10%-35% สำหรับการดูแลแบบประคับประคองพบว่าผู้ป่วยทุกคนที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองจะได้รับการทำ Advance care plan อย่างเป็นทางการ ภายใต้อาณัติและได้รับการดูแลรักษาตาม

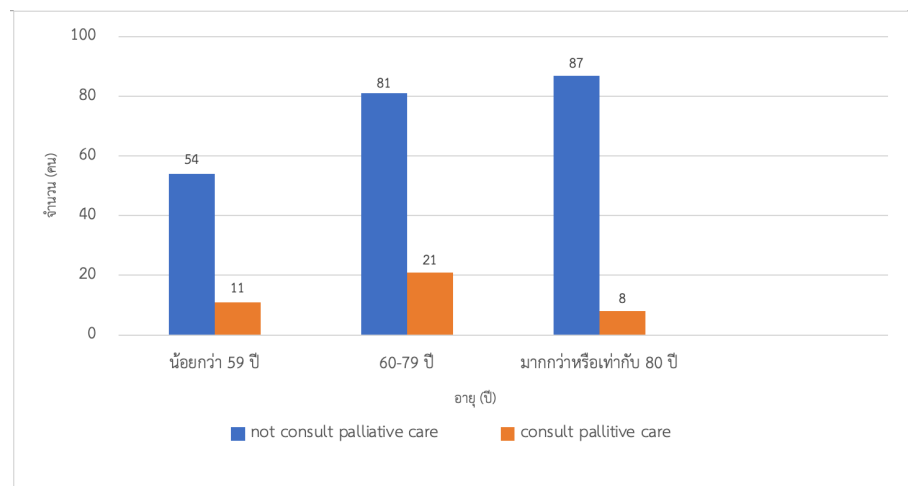
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICTM 2019)

ลักษณะประชากร	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	P-value
ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง	222 (84.73)	40 (15.27)	
เพศ			0.474
ชาย	114 (51.35)	23 (57.50)	
หญิง	108 (48.65)	17 (42.50)	
อายุ, ปี			0.027
< 59	54 (24.32)	11 (27.50)	
60-79	81 (36.49)	21 (52.50)	
≥ 80	87 (39.19)	8 (20.00)	
Palliative performance scale (PPS)			0.000
≤ 20%	1 (0.45)	6 (15.00)	
30%-50%	166 (74.78)	25 (62.50)	
≥ 60%	55 (24.77)	9 (22.50)	
Admission unit			0.008
Critical care unit *	57 (25.68)	0	
General ward	102 (45.95)	22 (55.00)	
Special ward	63 (28.38)	18 (45.00)	
SPICTM 2019			0.000
Cancer	45 (20.27)	32 (80.00)	
Dementia/ Frailty	46 (20.72)	2 (5.00)	
Neurological disease	15 (6.76)	0	
Heart/ vascular disease	9 (4.05)	0	
Respiratory disease	20 (9.00)	2 (5.00)	
Kidney disease	9 (4.05)	0	
Liver disease	11 (4.95)	2 (5.00)	
Poor or Deteriorating health	67 (30.18)	2 (5.00)	
Type of cancer (n=87)			0.000
Lung	8 (14.81)	7 (21.21)	
Liver	6 (11.11)	4 (12.12)	
Breast	9 (16.67)	3 (9.09)	
others	31 (57.41)	16 (48.48)	
Cancer staging			0.126
Stage 2	5 (9.26)	0	
Stage 3	8 (14.81)	3 (9.09)	
Stage 4	41 (75.93)	30 (90.91)	

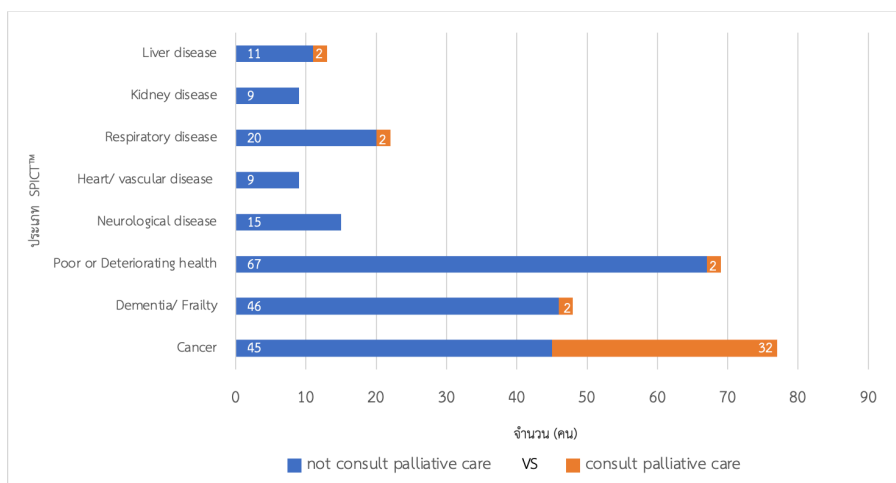
* Critical care unit ได้แก่ Intensive care unit, Respiratory care unit และ Semi-intensive care unit

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICT™ 2019)

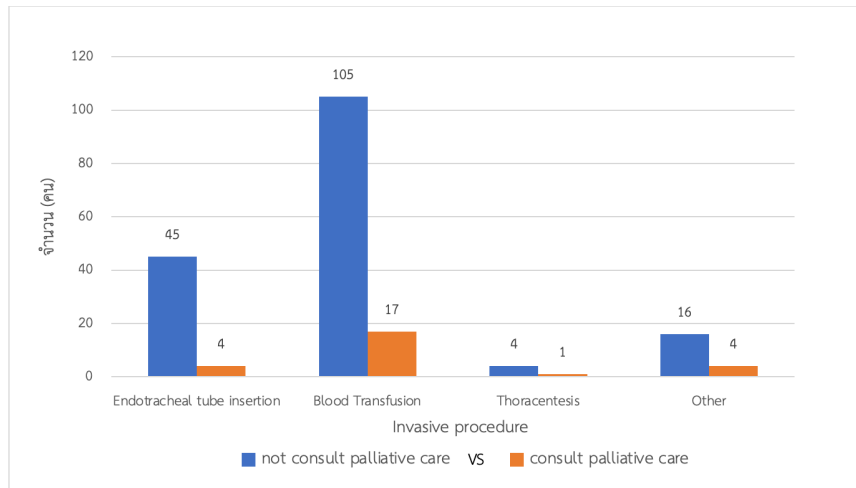
ลักษณะประชากร	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	P-value
Principle Diagnosis			0.001
Pneumonia	51 (22.97)	3 (7.50)	
Disease progression	25 (11.26)	14 (35.00)	
Sepsis	22 (9.91)	3 (7.50)	
Other	124 (55.86)	20 (50.00)	
Complication (n = 237)	200 (84.39)	37 (15.61)	0.091
Acute respiratory failure	125 (62.50)	15 (40.54)	
Acute kidney injury	21 (10.50)	8 (21.62)	
Severe sepsis	17 (8.50)	3 (8.11)	
Other	37 (18.50)	11 (29.73)	
Invasive procedure (n = 196)	170 (86.73)	26 (13.27)	0.365
Endotracheal tube insertion	45 (26.47)	4 (15.38)	0.000
Blood Transfusion	105 (61.77)	17 (65.39)	
Thoracentesis	4 (2.35)	1 (3.85)	
Renal replacement therapy	4 (2.35)	0	
Cardiopulmonary Resuscitation	2 (1.17)	0	
Gastrointestinal endoscopy	4 (2.35)	0	
Other	6 (3.53)	4 (15.38)	
Advance care planning status			0.000
Advance care plan	45 (20.27)	40 (100)	
Achieved advance care plan	43 (95.56)	40 (100)	



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ปรึกษาและที่ปรึกษาการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามอายุ (ปี)



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ปรึกษาและที่ปรึกษาการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ประคับประคองจากเกณฑ์ SPICT™ 2019



แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับและที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง จำนวนตามการได้รับหัตถการที่รุกราน (Invasive procedure)

Advance care plan ทุกคน ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

จากข้อค้นพบดังกล่าวโรงพยาบาลนครปฐมมีแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่สำคัญคือ การให้ผู้ป่วยเข้าสู่บริการการดูแลแบบประคับประคองเร็วขึ้น (early palliative care) และเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย กลุ่มโรคที่ไม่ใช้โรคมะเร็ง และในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Critical care unit)

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยนี้คือ กลุ่มประชากรที่มีการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม ไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองในแผนกอื่นร่วมด้วย และมีข้อจำกัดด้านข้อมูลการดูแลรักษาที่ไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์การรักษาอื่น ๆ เช่น การควบคุมอาการทางกาย ด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตคือ การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างองค์รวม งานวิจัยเชิงคุณภาพด้านความคิดและความเชื่อของแพทย์เจ้าของไข้และบุคลากรที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้มากขึ้น

สรุปผล

ข้อค้นพบงานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองและได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองนั้นมีจำนวนน้อย ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับในประเทศและต่างประเทศ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ และผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็งยังไม่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง การส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยจะเห็นได้จากสัดส่วนการทำ Advance care plan อย่างเป็นทางการน้อยกว่า รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยระดับประคับประคองและครอบครัวทุกท่าน ขอขอบคุณ ผศ.นพ. กิติพล นาควิโรจน์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบคุณ อ.ดร. วิภาวรรณ เล้าอรุณ อาจารย์ภาควิชาสถิติ มหาวิทยาลัยศิลปากรที่ให้ความช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐมสำหรับความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Alliance WPC, Organization WH. Global atlas of palliative care at the end of life 2014 [cited 2020 June 20]. Available from: <https://www.thewhpc.org/resources/category/global-atlas-of-palliative-care-at-the-end-of-life>.
2. Natprayut N. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. *The Clinical Academia* 2019;43(6):220-228.
3. Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 2014;370(26):2506-2014.
4. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol* 2004;22(10):2008-2014.
5. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013(6).CD007760.
6. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med* 2008;168(16):1783-1790.
7. Kyeremanteng K, Gagnon LP, Thavorn K, Heyland D, D'Egidio G. The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay: A Systematic Review and Cost Evaluation. *J Intensive Care Med* 2018;33(6):346-353.
8. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, Campbell M, Lustbader DR, Mosenthal AC, Puntillo K, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Frontera JA, Hays RM, Weissman DE; Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Project Advisory Board. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Crit Care Med* 2013;41(10):2318-2327.
9. Martins BD, Oliveira RA, Cataneo AJ. Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: Systematic review and metaanalysis. *Palliat Support Care* 2017;15(3): 376-383.
10. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess Jr JF, Zhu CW, Christiansen CL, et al. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. *J Palliat Med* 2010;13(8):973-979.
11. Casarett D, Teno J. Why Population Health and Palliative Care Need Each Other. *JAMA* 2016;316(1):27-28.
12. Edinburgh Uo. Supportive & Palliative Care Indicators Tool 2019 [cited 2020 June 20]. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/>.
13. Sripaew S, Fumaneeshoat O, Ingviya T. Systematic adaptation of the Thai version of the supportive and palliative care indicators tool for low-income setting (SPICT-LIS). *BMC Palliat Care* 2021;20(1):1-9.
14. De Bock R, Van Den Noortgate N, Piers R. Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *J Palliat Med* 2018;21(2):220-224.
15. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* 2014;4(3):285-90.
16. Pantilat SZ, Billings JA. Prevalence and Structure of Palliative Care Services in California Hospitals. *Arch Intern Med* 2003;163(9):1084-1088.
17. Hua MS, Li G, Blinderman CD, Wunsch H. Estimates of the need for palliative care consultation across united states intensive care units using a trigger-based model. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;189(4):428-436.
18. Fumaneeshoat O. Prevalence of the Z515 (Palliative Care) Diagnosis from the ICD-10 System in Cancer Patients and the Relationship between Treatment and Cost in Songklanagarind Hospital. *JHSMR* 2018;269-276.
19. Ma J, Chi S, Buettner B, Pollard K, Muir M, Kolekar C, et al. Early palliative care consultation in the medical ICU: a cluster randomized crossover trial. *Crit Care Med* 2019;47(12):1707-1715.
20. Gonsalves WI, Tashi T, Krishnamurthy J, Davies T, Ortman S, Thota R, et al. Effect of palliative care services on the aggressiveness of end-of-life care in the Veteran's Affairs cancer population. *J palliat med* 2011;14(11):1231-1235.
21. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W. A Retrospective, Single Center, Observational Study, Comparing the Direct Cost of End-Of-Life Care Patients with Advanced Cancer Care: Palliative Care versus Usual Care. *J Palliat Care Med* 2016; 6:243.
22. Triplett DP, LeBrett WG, Bryant AK, Bruggeman AR, Matsuno RK, Hwang L, Boero IJ, Roeland EJ, Yeung HN, Murphy JD. Effect of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer. *J Oncol Pract* 2017;13(9):e760-e769.
23. Barnato AE, McClellan MB, Kagay CR, Garber AM. Trends in inpatient treatment intensity among Medicare beneficiaries at the end of life. *Health Serv Res* 2004;39(2):363-375.
24. Barnato AE, Cohen ED, Mistovich KA, Chang CC. Hospital end-of-life treatment intensity among cancer and non-cancer cohorts. *J Pain Symptom Manage* 2015;49(3):521-529.e95.