

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

Received: May 29, 2021; Revised: June 21, 2021; Accepted: July 27, 2021

แพทย์หญิงณัฐริดา สัมฤทธิ์ยากร^{*1}

นายแพทย์ทช พิชยาพิบูลพงศ์²

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

นายแพทย์กรเอก มั่นวานิช³

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย¹

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย³

***Corresponding Author Email:**

nattida.nt8@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วยและข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบระยะเวลาการมีชีวิตระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการ: ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมายังศูนย์ชีวิภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 247 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 183 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งจำนวน 64 คน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (72.6 ± 16.7 ปี และ 62.8 ± 15.5 ปี; p -value < 0.001) ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองต่ำกว่า (ร้อยละ 82.8 ต่อ ร้อยละ 68.3; p -value 0.026) ค่ามัธยฐานระยะวันนอนโรงพยาบาลรวมนานกว่า (40 วัน ต่อ 24 วัน; p -value 0.001) และค่ามัธยฐานระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษานานกว่า (18 วัน ต่อ 9 วัน; p -value 0.001) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อวิเคราะห์ด้วย survival analysis พบว่าระยะเวลาการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p -value 0.188)

สรุป: กลุ่มผู้ป่วยในที่ไม่ใช่โรคมะเร็งได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองล่าช้ากว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรคมะเร็ง แต่ระยะเวลาการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษาไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การส่งปรึกษา, กลุ่มโรคมะเร็ง, กลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

ORIGINAL ARTICLE

Comparison between Characteristics and Survival Outcomes of Cancer and Non-Cancer Inpatients Referred to Palliative Care Consultation Services**Received:** May 29, 2021; **Revised:** June 21, 2021; **Accepted:** July 27, 2021**Abstract**

Objective: To study the differences in patient characteristics, consultation information, and consultation-to-death duration between inpatient cancer and non-cancer patients referred to palliative care consultation services.

Design: A retrospective analytic study

Materials and Methods: This study reviewed inpatient data and palliative care consultation data of all inpatients who received their first palliative care consultation between 1 August 2018 and 31 March 2019.

Results: Among 247 patients (183 in the cancer group and 64 in the non-cancer group), non-cancer patients were significantly older (72.6 ± 16.7 years versus 62.8 ± 15.5 years; p -value < 0.001), had poorer performance status (82.8% versus 68.3%; p -value 0.026), had higher median total hospital length of stay (40 days versus 24 days; p -value 0.001) and had higher median admission-to-consultation time (18 days versus 9 days; p -value 0.001) when compared with the cancer group. According to survival analysis, the difference in consultation-to-death duration among both groups had no statistical significance (p -value 0.188).

Conclusion: The non-cancer group received more delayed palliative care referrals compared with the cancer group, but the consultation-to-death duration of both groups had no significant differences.

Keywords: palliative care, consultation, cancer, non-cancer disease

Nattida Sungstittayakorn, MD*¹

Thacha Pithayapibulpong, MD, MRCFPT²

Bhorn-ake Manasvanich, MD, MRCFPT³

Department of Family Medicine,
King Chulalongkorn Memorial Hospital,
The Thai Red Cross Society¹
Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University²
Geriatric Excellence Center,
King Chulalongkorn Memorial Hospital,
The Thai Red Cross Society³

***Corresponding Author Email:**

nattida.nt8@gmail.com

บทนำ

จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรโลกประมาณ 56.8 ล้านคนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 28.2 ในขณะที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งถึงร้อยละ 72.8¹ ในอดีตการดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นที่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันมีการศึกษาหลายงานพบว่า การให้การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีประโยชน์ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเช่นกัน^{2,3} อย่างไรก็ตามจากการศึกษาสำรวจที่สกอตแลนด์พบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเพียงร้อยละ 27 ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เปรียบเทียบกับร้อยละ 72 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง⁴ จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองยังคงมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในด้านการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง^{5,6} มีการจัดทำคู่มือการประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเพื่อช่วยให้แพทย์ทั่วไปสามารถประเมินระยะของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไปได้^{7,8} แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งทั่วประเทศไทยโดยเครือข่ายดูแลระดับประคับประคองแห่งประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายเพียงร้อยละ 17 ที่เข้าถึงการดูแลของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง⁹

จากสถานการณ์ข้างต้น ทางศูนย์ชีวภบาล ซึ่งเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหน้าที่เป็นทีมให้คำปรึกษาให้แก่ทีมดูแลผู้ป่วยหลักในหอผู้ป่วย¹⁰ จึงสนใจศึกษาความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วยและข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบระยะเวลาการมีชีวิตระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการให้คำแนะนำแก่ทีมผู้ดูแลรักษาหลักอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วยและข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง
- เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการมีชีวิตตั้งแต่การส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองจนถึงวันเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารรับรองเลขที่ 498/2019

ประชากรที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนและบันทึกการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care consultation record) ที่ส่งมายังศูนย์ชีวภบาล

บาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผ่านระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record, EMR) ทุก ราย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
- เป็นการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองครั้งแรกในช่วงที่ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่

- ผู้ป่วยหรือญาติที่ปฏิเสธการรับคำปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง
- ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนตอบรับการส่งปรึกษา
- ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนตอบรับการส่งปรึกษา
- ข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกการส่งปรึกษาไม่ครบถ้วนตามหัวข้อที่ทำการเก็บข้อมูล

ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษานี้คำนวณโดยใช้สูตร test for difference in two independent proportions¹¹ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และอำนาจ (power) ที่ร้อยละ 80 และใช้ค่าสัดส่วนจากการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างที่ส่งปรึกษามายังศูนย์ชีวภิบาลจำนวน 60 คน ได้ค่าสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเป็น 0.63 ต่อ 0.37 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดสำหรับการศึกษาคือกลุ่มละ 49 คน

ข้อมูลที่ทำการศึกษา

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการทบทวนเวชระเบียนและบันทึกการส่งปรึกษาเพื่อทำการศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ ภูมิลำเนา และสิทธิการรักษา

ข้อมูลทางคลินิก (clinical data) ได้แก่ การวินิจฉัยหลัก และระดับของผู้ป่วยตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)¹² โดยเป็นการประเมินเมื่อแรกรับ

ปรึกษาผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพที่รับปรึกษาผู้ป่วยรายนั้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ลงความคิดเห็นร่วมกัน

ข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care consultation data) ได้แก่ แผนกที่ส่งปรึกษา เหตุผลของการส่งปรึกษา และการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids หลังตอบรับการส่งปรึกษา

ข้อมูลระยะวันนอนโรงพยาบาล (length of stay) ได้แก่ ระยะวันนอนโรงพยาบาลรวม ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษา ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลการเสียชีวิต (death data) ได้แก่ การเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต และระยะวันตั้งแต่การส่งปรึกษาจนถึงวันเสียชีวิต เก็บข้อมูลจากการโทรศัพท์ติดตามโดยทีมสหวิชาชีพที่ติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยทุกรายจนถึงที่ระยะ 6 เดือนหลังผู้ป่วยที่เข้าสู่การศึกษารายสุดท้ายได้รับการส่งปรึกษา (วันที่ 30 กันยายน 2562)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง นำมาประมวลผลข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 22 ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลของผู้ป่วยด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range, IQR) ตามแต่ลักษณะการกระจายของข้อมูลนั้น

สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์เพศ กลุ่มอายุ เชื้อชาติ อาชีพ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ระดับของผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS แผนกที่ส่งปรึกษา เหตุผลของการส่งปรึกษา การได้รับ

ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids หลังตอบรับการส่งปรึกษา การเสียชีวิต และสถานที่เสียชีวิต การทดสอบ independent T-test เพื่อวิเคราะห์อายุ การทดสอบ Mann-Whitney U test เพื่อวิเคราะห์ระยะวันนอนโรงพยาบาลรวม ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษา ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการวิเคราะห์ survival analysis โดยใช้ Kaplan-Meier curve และใช้การทดสอบ log rank test เพื่อวิเคราะห์ระยะวันตั้งแต่การส่งปรึกษาจนถึงวันเสียชีวิต โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (2-sided) ที่ p -value < 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมายังศูนย์ชีววิถีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 มีจำนวนทั้งหมด 313 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษาจำนวน 66 คน เนื่องจากมีอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 32 คน เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 26 คน ไม่ใช้การส่งปรึกษาครั้งแรกในช่วงที่ทำการศึกษานาน 7 คน และปฏิเสธการรับคำปรึกษาจำนวน 1 คน คงเหลือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษานานทั้งสิ้น 247 คน

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 247 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 183 คน (ร้อยละ 74.1) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งจำนวน 64 คน (ร้อยละ 25.9) พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 65.4 ± 16.4 ปี โดยมีผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 101 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งคือ 62.8 ± 15.5 ปี และ 72.6 ± 16.7 ปี ตามลำดับ พบว่าอายุเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) เมื่อแบ่งกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุคือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ

65.2) สิทธิการรักษาที่ใช้ในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน (p -value < 0.001) พบว่ากลุ่มโรคมะเร็งมีสัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและข้าราชการพยาบาลเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (ร้อยละ 12.6 ต่อร้อยละ 1.6 และ ร้อยละ 12.0 ต่อร้อยละ 6.3) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูลทางคลินิก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนน PPS ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีผู้ที่มีคะแนน PPS ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป ในสัดส่วนที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (p -value 0.026) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยหลักในกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง การวินิจฉัยหลักสามอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและทางเดินอาหาร (ร้อยละ 38.3) มะเร็งทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศ (ร้อยละ 18.6) และมะเร็งโลหิตวิทยา (ร้อยละ 14.2) ทางด้านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง การวินิจฉัยหลักสามอันดับแรก ได้แก่ โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 31.2) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 26.6) และโรคระบบประสาท (ร้อยละ 14.1) รายละเอียดดังข้อมูลในภาพที่ 1 และ 2

ข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

แผนกที่ส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ แผนกอายุรศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ และแผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (ร้อยละ 66.0 ร้อยละ 18.2 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มผู้ป่วย พบว่า แผนกที่ส่งปรึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการส่งปรึกษาจากหลายแผนก แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีการส่งปรึกษาเกือบทั้งหมดมาจากแผนกอายุรศาสตร์ (ตารางที่ 2)

เหตุผลของการส่งปรึกษาตามข้อบ่งชี้ของศูนย์ชีววิถีของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ การวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รองลงมาคือ การประเมินความพร้อมต่อการตัดสินใจในการรับทราบผลการการยืดชีวิตใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก (Demographic and Clinical Data)

ข้อมูลที่ศึกษา	รวมทั้งหมด (n = 247) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 183) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (n = 64) จำนวน (%)	p-value
เพศ				
ชาย	116 (47.0)	85 (46.4)	31 (48.4)	0.784 ^A
หญิง	131 (53.0)	98 (53.6)	33 (51.6)	
อายุ				
Mean (SD)	65.4 (16.4)	62.8 (15.5)	72.6 (16.7)	<0.001 ^B
น้อยกว่า 60 ปี	86 (34.8)	75 (41.0)	11 (17.2)	0.010 ^A
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	161 (65.2)	108 (59.0)	53 (82.8)	
เชื้อชาติ				
ไทย	243 (98.4)	180 (98.4)	63 (98.4)	1.000 ^C
เชื้อชาติอื่น	4 (1.6)	3 (1.6)	1 (1.6)	
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	178 (72.1)	136 (74.3)	42 (65.6)	0.182 ^A
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69 (27.9)	47 (25.7)	22 (34.4)	
ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	185 (74.9)	138 (75.4)	47 (73.4)	0.754 ^A
ภูมิลำเนาอื่น	62 (25.1)	45 (24.6)	17 (26.6)	
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	110 (44.6)	80 (43.7)	30 (46.9)	<0.001 ^A
ประกันสังคม	24 (9.7)	23 (12.6)	1 (1.6)	
สวัสดิการข้าราชการและครอบครัว	80 (32.4)	58 (31.7)	22 (34.4)	
เจ้าหน้าที่สภากาชาดไทยและครอบครัว	7 (2.8)	-	7 (10.9)	
เงินสด	26 (10.5)	22 (12.0)	4 (6.3)	
Palliative Performance Scale (PPS)				
ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป	178 (72.1)	125 (68.3)	53 (82.8)	0.026 ^A
มากกว่าร้อยละ 30	69 (27.9)	58 (31.7)	11 (17.2)	

A: Chi-square test; B: Independent T-test; C: Fisher's exact test

วาระสุดท้ายขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัว แต่เหตุผลอันดับที่ 3 แตกต่างกัน คือ การดูแลความเจ็บปวดและอาการทางกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และติดต่อประสานญาติ ผู้ดูแล หรือเครือข่ายเพื่อจำหน่ายดูแลที่บ้านหรือโรงพยาบาลต้นสังกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งซึ่งความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.014) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาเรื่องการได้รับยาแก้ปวด กลุ่ม strong opioids หลังจากการตอบรับการส่งปรึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids (ร้อยละ 72.7) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids (ร้อยละ 37.5) (ตารางที่ 2)

ข้อมูลระยะวันนอนโรงพยาบาล

ค่ามัธยฐานระยะวันนอนโรงพยาบาลรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง คือ 24 วัน และ 40 วัน ตามลำดับ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีระยะวัน

นอนรายนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) เมื่อแบ่งระยะวันนอนก่อนและหลังการส่งปรึกษาพบว่า ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษาของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งนานกว่ากลุ่มโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.001) และระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งนานกว่ากลุ่มโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.021) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ข้อมูลการเสียชีวิต

จากข้อมูลในตารางที่ 4 และภาพที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีผู้เสียชีวิตในปริมาณที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 70.5 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และร้อยละ 62.5 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 2 ข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Consultation Data)

ข้อมูลการศึกษา	รวมทั้งหมด (n = 247) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 183) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (n = 64) จำนวน (%)	p-value
แผนกที่ส่งปรึกษา				
อายุรศาสตร์	163 (66.0)	107 (58.5)	56 (87.5)	<0.001 ^A
ศัลยศาสตร์	45 (18.2)	38 (20.8)	7 (10.9)	
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	18 (7.3)	18 (9.8)	-	
เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รังสีรักษา	12 (4.9)	12 (6.6)	-	
อื่น ๆ	9 (3.6)	8 (4.3)	1 (1.6)	
เหตุผลของการส่งปรึกษา				
วางแผนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	134 (54.3)	106 (57.9)	28 (43.7)	0.014 ^A
ประเมินการตัดสินใจรับหัตถการยืดชีวิต ในวาระสุดท้าย	49 (19.8)	36 (19.7)	13 (20.3)	
ดูแลความเจ็บปวดและอาการทางกาย	29 (11.7)	24 (13.1)	5 (7.8)	
ประสานส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้านหรือ โรงพยาบาลต้นสังกัด	17 (6.9)	7 (3.8)	10 (15.6)	
ดูแลปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และทีมดูแล	7 (2.8)	4 (2.2)	3 (4.7)	
ดูแลผู้ใกล้ชิดเมื่อเผชิญต่อการสูญเสีย	3 (1.2)	2 (1.1)	1 (1.6)	
ดูแลโดยการใช้กิจกรรมบำบัด ศิลปะ บำบัด ศาสนกิจ จิตบำบัด	1 (0.4)	1 (0.6)	-	
ปัญหาเฉพาะด้านอื่น ๆ	7 (2.8)	3 (1.6)	4 (6.3)	
การได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid				
หลังตอบรับการส่งปรึกษา	157 (63.6)	133 (72.7)	24 (37.5)	
ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid	90 (36.4)	50 (27.3)	40 (62.5)	<0.001 ^A
ไม่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid				

A: Chi-square test

ตารางที่ 3 ข้อมูลระยะวันนอนโรงพยาบาล (Length of Stay)

ข้อมูลการศึกษา	รวมทั้งหมด (n = 247) Median (IQR)	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 183) Median (IQR)	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (n = 64) Median (IQR)	p-value
ระยะวันนอนโรงพยาบาลรวม	27 (13–51)	24 (13–41)	40 (20–81)	0.001 ^A
ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษา	11 (4–25)	9 (4–20)	18 (9–43)	0.001 ^A
ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษา จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	10 (4–23)	8 (4–21)	15 (5–44)	0.021 ^A

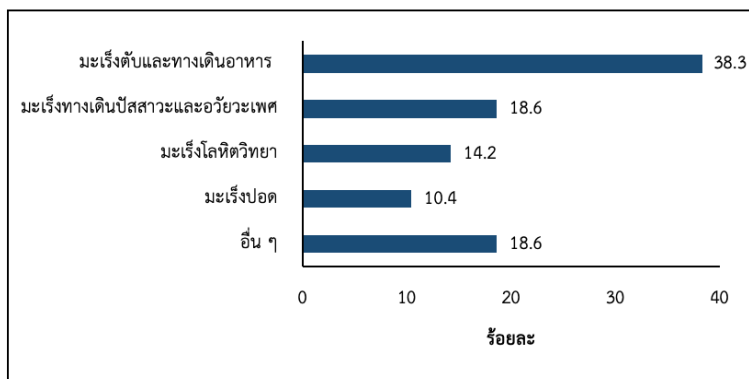
A: Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4 ข้อมูลการเสียชีวิต (Death Data)

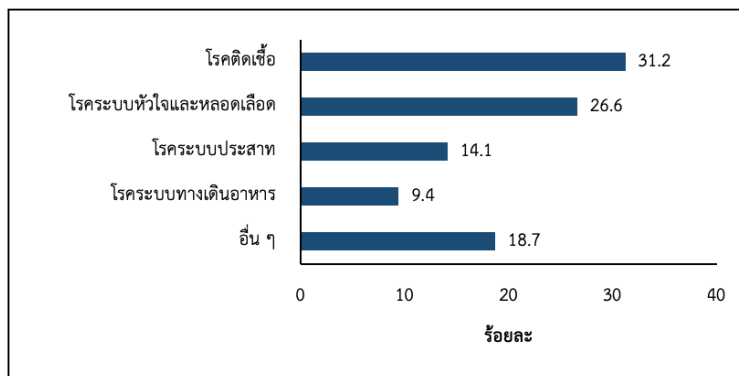
ข้อมูลการศึกษา	รวมทั้งหมด	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง	p-value
การเสียชีวิต (n = 247) [จำนวน (%)]				
เสียชีวิตแล้ว	169 (68.4)	129 (70.5)	40 (62.5)	0.236 ^A
ยังมีชีวิตอยู่	78 (31.6)	54 (29.5)	24 (37.5)	
สถานที่เสียชีวิต (n = 169) [จำนวน (%)]				
เสียชีวิตในโรงพยาบาลฉุกเฉิน	154 (91.1)	117 (90.7)	37 (92.5)	1.000 ^B
เสียชีวิตที่อื่น	15 (8.9)	12 (9.3)	3 (7.5)	
ระยะวันตั้งแต่การส่งปรึกษาจนถึงวันเสียชีวิต [Median (IQR)]	32 (14–49)	25 (16–33)	56 (21–90)	0.188 ^C

A: Chi-square test; B: Fisher's exact test; C: Survival analysis

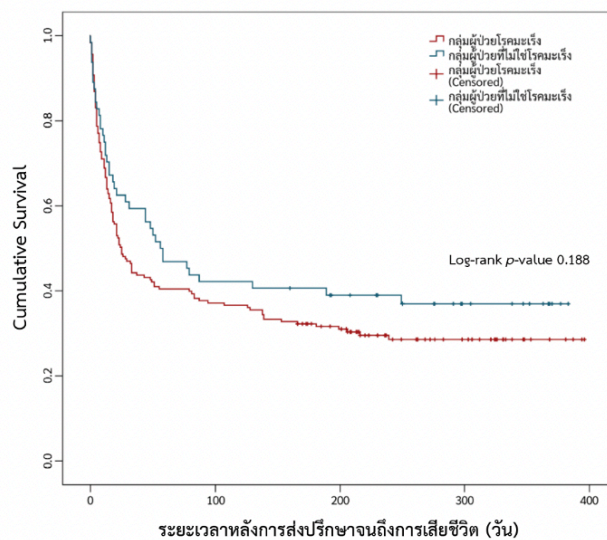
ภาพที่ 1 การวินิจฉัยหลักของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($n = 183$)



ภาพที่ 2 การวินิจฉัยหลักของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ($n = 64$)



ภาพที่ 3 ระยะเวลาของโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงการเสียชีวิต



เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย survival analysis พบว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีวิตหลังส่งปรึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งคือ 25 วัน และ 56 วัน พบว่าความน่าจะเป็นในการรอดชีวิตในช่วง

เวลาหลังส่งปรึกษาในทั้งสองกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p-value 0.188)

วิจารณ์

จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มผู้ป่วยที่

ไม่ใช่โรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการส่งปรึกษาเมื่อมีระดับคะแนน PPS ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป ซึ่งระดับคะแนน PPS นี้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการหนัก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย (mean survival time) ประมาณ 1 เดือน^{13,14} และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีระยะวันนอนโรงพยาบาลรวมและระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษานานกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และฐานข้อมูลระบบสุขภาพ ทั้งในยุโรป¹⁵ สหรัฐอเมริกา¹⁶ แคนาดา¹⁷ และไต้หวัน¹⁸ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีความล่าช้าของการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการรับรู้ระยะท้ายจากทีมผู้ดูแลรักษาสาขาต่าง ๆ มากกว่า เนื่องจากในความรู้โดยทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะท้ายคือผู้ป่วยที่มีอายุมากและใกล้เสียชีวิต¹⁹

เมื่อพิจารณาเหตุผลของการส่งปรึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีสัดส่วนของการปรึกษาเพื่อการประสานส่งต่อเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยมากกว่าการปรึกษาเพื่อบรรเทาอาการถึงแม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างมีอาการทางกายที่ต้องการจัดการ^{7,15,16,20} แสดงให้เห็นว่าทีมผู้ดูแลรักษายังไม่เห็นบทบาทของสหวิชาชีพในการจัดการอาการระยะท้ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และอาจมองว่าการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองเป็นการยุติการรักษา^{20,21} จะส่งปรึกษาเพื่อทำการจำหน่ายผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้การพยากรณ์โรคระยะท้ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่ไม่ตรงไปตรงมา ไม่สามารถบอกระยะเวลาเสียชีวิตที่แน่นอน¹⁴ ส่งผลให้มีอัตราการครองเตียงที่ยาวนานขึ้น²² จึงทำการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน การส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพจะช่วยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลปลายทางเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างต่อเนื่อง^{21,23}

ด้านข้อมูลการเสียชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าระยะเวลาการมีชีวิตมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล^{14,15,24} ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่นำข้อมูลของผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน PPS ทุกระดับมาวิเคราะห์ร่วมกันโดยไม่ได้แบ่งกลุ่มตามระดับคะแนน กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการพยากรณ์โรคตามระดับคะแนน PPS ที่แม่นยำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่มีรูปแบบอาการและการดำเนินระยะท้ายแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโรค^{7,14} รวมถึงระยะเวลาดิตตามผู้ป่วยเพียง 6 เดือน จึงอาจส่งผลให้ระยะเวลาการมีชีวิตระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลจากการศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ที่อาจมีสาเหตุจากความไม่รู้และความไม่เข้าใจในแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองหรือระบบการส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ ดังเห็นได้จากข้อมูลที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาส่วนใหญ่มาจากแผนกอายุรศาสตร์ ที่มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากศูนย์ชีวภิบาล ร่วมกับการจัดบรรยายเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง²⁵ ซึ่งความไม่รู้และไม่เข้าใจนี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่พบได้เช่นเดียวกับในต่างประเทศ^{15,19,20,24,26} หากเพิ่มความรู้ สร้างความเข้าใจ และฝึกอบรมให้ทีมผู้ดูแลรักษาเข้าใจในแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง^{7,17,20,27,28} ที่ว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ใกล้เสียชีวิต หรือหมดวิธีการรักษาแล้วเท่านั้น ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตร่วมกับการรักษาหลักอื่น^{20,27,29} อีกทั้งหากเพิ่มระบบการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายในกลุ่มโรคต่าง ๆ มีการประชาสัมพันธ์เกณฑ์การส่งปรึกษาเพื่อให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน^{7,19,20,24} จะส่งเสริมให้ผู้ป่วย

กลุ่มต่าง ๆ สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาต่าง ๆ ได้²⁹⁻³¹

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ประการแรก การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากข้อมูลที่บันทึกไว้เท่านั้น คะแนน PSS เป็นการประเมินจากทีมที่รับปรึกษาในขณะนั้น ที่อาจมีความคลาดเคลื่อนในการประเมิน และมีระยะเวลาติดตามข้อมูลการเสียชีวิตที่สั้น ประการที่สอง ข้อมูลของผู้ป่วยในการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่โรคมะเร็งมีความซับซ้อน ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการรักษาเบื้องต้นและส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น และประการที่สาม การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว อาการปวด การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อการส่งปรึกษา ระยะวันนอนโรงพยาบาลและระยะการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษา

การศึกษาในอนาคตควรวางแผนเก็บข้อมูลผู้ป่วยแบบไปข้างหน้า ทาวิธีการประเมินคะแนน PSS ให้เที่ยงตรง มีระยะเวลาดูตามผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น เพิ่มรายละเอียดข้อมูลด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และอาจวางแผนการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวมและสามารถนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างของการส่งปรึกษาในแต่ละระดับของโรงพยาบาล

สรุป

กลุ่มผู้ป่วยในที่ไม่ใช้โรคมะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองต่ำกว่า มีระยะวันนอนโรงพยาบาลยาวนานกว่าและมีผลสำเร็จในการส่งปรึกษามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยในโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามระยะการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Knaul F, Radbruch L, Connor S, Lima Ld, Arreola-Ornelas H, Carniado OM, et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide? In: Connor SR, editor. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
2. Zheng L, Finucane A, Oxenham D, McLoughlin P, McCutcheon H, Murray S. How good is primary care at identifying patients who need palliative care? A mixed methods study. Eur J Palliat Care 2013;20:216-222.
3. Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer. Aust J Gen Pract 2018;47(11):765-769.
4. Mason B, Buckingham S, Finucane A, Hutchison P, Kendall M, McCutcheon H, et al. Improving primary palliative care in Scotland: lessons from a mixed methods study. BMC Fam Pract 2015;16:176.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
6. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. อากาศ พัฒนเรืองไฉ, บรรณารักษ์. List disease of palliative care and functional unit. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2559.

เอกสารอ้างอิง

8. ชญาพร สีลา, สุภิญญา หังสพฤกษ์, สาคร ภูน้ำเย็น, จุฑาทิพย์ พิทักษ์, สายใจ วอนขอพร, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรังค์, บรรณารักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับทีมหมอดรอบครัว (Guidelines of palliative care for family care team). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารัง, บรรณารักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. สภากาชาดไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. หนังสือที่ระลึก ๑๐๐ ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; 2557.
11. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
12. บุษยามาส ชิวสกุลยง, ลดารัตน์ สากินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก (Palliative performance scale for adult Suandok). ใน: บุษยามาส ชิวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชัญญุมหาพรหม, และคณะ, บรรณารักษ์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care). เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
13. Lau F, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C, Yang J. Using the palliative performance scale to provide meaningful survival estimates. *J Pain Symptom Manag* 2009;38(1):134-144.
14. Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanukul L, Aramrat C, Pateekhum C, et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):74.
15. Cantin B, Rothuisen LE, Buclin T, Pereira J, Mazzocato C. Referrals of cancer versus non-cancer patients to a palliative care consult team: do they differ? *J Palliat Care* 2009;25(2):92-99.
16. Bostwick D, Wolf S, Samsa G, Bull J, Taylor DH, Johnson KS, et al. Comparing the palliative care needs of those with cancer to those with common non-cancer serious illness. *J Pain Symptom Manag* 2017;53(6):1079-1084.
17. Quinn KL, Wegier P, Stukel TA, Huang A, Bell CM, Tanuseputro P. Comparison of palliative care delivery in the last year of life between adults with terminal noncancer illness or cancer. *JAMA Netw Open* 2021;4(3):e210677.
18. Shih TC, Chang HT, Lin MH, Chen CK, Chen TJ, Hwang SJ. Differences in do-not-resuscitate orders, hospice care utilization, and late referral to hospice care between cancer and non-cancer decedents in a tertiary hospital in Taiwan between 2010 and 2015: a hospital-based observational study. *BMC Palliat Care* 2018;17(1):18.
19. Fenstad ER, Shanafelt TD, Sloan JA, Novotny PJ, Durst LA, Frantz RP, et al. Physician attitudes toward palliative care for patients with pulmonary arterial hypertension: results of a cross-sectional survey. *Pulm Circ* 2014;4(3):504-510.
20. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care* 2017;10:1178224216688887.
21. จิรต์ม ศิริรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มนัสวานิช, สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภาวิกา ศิริรัตนบัลล์, ธนภูมิ รัตนานพวงศ์ และคณะ. สถานการณ์ Hospice Care ในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
22. Dharmasena H, Forbes K. Palliative care for patients with non-malignant disease: Will hospital physicians refer? *Palliat Med* 2001;15:413-418.
23. Junda T, Phengjard J, Sumdangrit B, Patumwan A, Chaiviboontham S, Intarasombat P, et al. Palliative care system: central region of Thailand. *TRCN J* 2017;10(2):87-102.
24. Hung YS, Chang H, Wu WS, Chen JS, Chou WC. A comparison of cancer and noncancer patients who receive palliative care consultation services. *Am J Hosp Palliat Med* 2013;30(6):558-565.

เอกสารอ้างอิง

25. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะแพทยศาสตร์. ภาควิชาอายุรศาสตร์. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
26. Allsop MJ, Ziegler LE, Mulvey MR, Russell S, Taylor R, Bennett MI. Duration and determinants of hospice-based specialist palliative care: A national retrospective cohort study. *Palliat Med* 2018;32(8):1322-1333.
27. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชัย สิทธิพันธ์, บรรณารักษ์. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (End of life care: improving care of the dying). พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2556.
28. Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: population based matched cohort study. *BMJ* 2020;370:m2257.
29. Wu L-F, Lin C, Hung Y-C, Chang L-F, Ho C-L, Pan H-H. Effectiveness of palliative care consultation service on caregiver burden over time between terminally ill cancer and non-cancer family caregivers. *Support Care Cancer* 2020;28(12):6045-6055.
30. Al-Ansari AM, Abd-El-Gawad WM, Suroor SN, AboSerea SM. Knowledge and attitude of primary care physicians towards palliative care. Is it time for integration? [Internet]. North Carolina: Research Square; 2021 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-240274/v1>.
31. Ziegler LE, Craigs CL, West RM, Carder P, Hurlow A, Millares-Martin P, et al. Is palliative care support associated with better quality end-of-life care indicators for patients with advanced cancer? A retrospective cohort study. *BMJ Open* 2018;8(1):e018284.