

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจอมทอง

รุ่งนภา คำต้อย, พบ.,<sup>1</sup> ญาณี โชคสมงาม, พบ.,<sup>2</sup> จิรัชญาภรณ์ เครือวุฒิสาล, พบ.,<sup>1</sup> วิชิตา จิรพรเจริญ, พบ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลจอมทอง; <sup>2</sup>ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

ญาณี โชคสมงาม, พบ.,  
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่  
50200, ประเทศไทย  
Email: yanee.choksomn-  
gam@gmail.com

Received: March 28, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: December 16,  
2022

### บทคัดย่อ

**ที่มา:** โรงพยาบาลจอมทองได้เริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยแพทย์-  
เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อนำไป  
ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ดียิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยมีแพทย์  
เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น

**วัสดุและวิธีการ:** การศึกษาแบบย้อนหลัง เกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564  
จำนวน 284 คน โดย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ความถี่  
ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์ 2 กลุ่ม  
ด้วยการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล จำนวน  
169 คน (ร้อยละ 60) มีผลลัพธ์ของการดูแล ดังนี้ การจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และ  
ครอบครัวผู้ป่วย ร้อยละ 80 ( $p < 0.001$ ) การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ร้อยละ 91  
( $p < 0.001$ ) ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 99 ( $p < 0.001$ ) ได้รับความบรรเทาอาการ ร้อยละ 60  
( $p < 0.001$ ) ได้ส่งต่อข้อมูลในชุมชนและเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70 ( $p < 0.001$ ) ไม่กลับมารักษา  
ซ้ำ ร้อยละ 99 ( $p = 0.010$ ) ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 99 ( $p = 0.157$ ) และความ  
พึงพอใจในการบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 47 จากคะแนนเต็ม 50 (SD 2.66) ( $p < 0.001$ )

**สรุป:** ผู้ป่วยที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล มีกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลดีกว่า  
แพทย์สาขาอื่น ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนให้แพทย์  
สาขาอื่นมีความรู้ความเข้าใจ การดูแลแบบประคับประคอง จะช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ผลลัพธ์  
การดูแล

## ORIGINAL ARTICLE

# The Outcome of Palliative Care Provision by Family Physicians at Chomthong Hospital

Roongnapa Kamtui, MD,<sup>1</sup> Yanee Choksomngam, MD,<sup>2</sup> Jiratchayaporn Krueawutthisan, MD,<sup>1</sup> Wichuda Jirapornjaroen, MD.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Division of Family Medicine, Chomthong Hospital; <sup>2</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

**Corresponding author :**

Yanee Choksomngam, MD,  
Department of Family medicine, Faculty of Medicine,  
Chiang Mai university,  
Chiang Mai 50200, Thailand  
Email: yanee.choksomngam@gmail.com

Received: March 28, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: December 16, 2022

**ABSTRACT**

**Background:** Chomthong Hospital is developing a palliative care system through Family Medicine physicians. However, the results have not yet been evaluated. Therefore, the researcher is interested in studying this issue to develop a better palliative care system.

**Objectives:** To compare the palliative care outcomes between the two groups of patients treated by Family Medicine physicians and non-family physicians.

**Methods:** A retrospective cohort study on palliative care outcomes observed the patients who were hospitalized at Chomthong Hospital from June 1, 2020, to May 31, 2021. A total of 284 patients were collected from medical records. Baseline data were analyzed using frequency, percentage, and standard deviation, and compared the outcomes of patients between the two groups of physicians were with the chi-square test and independent t-test.

**Results:** A total of 169 (60%) palliative patients treated by Family Medicine physicians resulted in a greater end-of-life supportive outcomes from those of non-family physicians. The following results were observed: family meetings 80% ( $p < 0.001$ ), an advanced care plan 91% ( $p < 0.001$ ), no intubation 99% ( $p < 0.001$ ), pain control received such as morphine or fentanyl 60% ( $p < 0.001$ ), community referral and home visit received 70% ( $p < 0.001$ ), did not return for treatment 99% ( $p = 0.010$ ), hospitalization prevented 99% ( $p = 0.157$ ), mean service satisfaction was 47 (SD 2.66) points ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Life processes and outcomes of care than non-family physicians. Therefore, the systematic development of palliative Palliative patients treated by Family Medicine physicians are more likely to have more supportive end-of- care along with the knowledge support for physicians in other fields to have a better understanding of palliative care will help improve the treatment results.

**Keywords:** palliative patient, patient in end-of-life stage, family physician, outcome of treatment

## บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทั้งกลุ่มโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ จากข้อมูลผู้เสียชีวิตในรอบ 20 ปี พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งคิดเป็น 113.7 คนต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมอง 43.3 คนและโรคหลอดเลือดหัวใจ 29.9 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ<sup>1</sup> และเนื่องจากการพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ จึงได้มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งอดีตไม่สามารถรักษาได้ ช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ถูกนำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย จากการศึกษพบว่า มีการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตถึงร้อยละ 33-50<sup>2</sup> ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จึงทำให้การดูแลแบบประคับประคองเข้ามาเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) World Health Organization (WHO)<sup>3</sup> ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีแนวโน้มที่ทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต โดยมีแนวทางการดูแลที่เน้นการพูดคุยสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับกระบวนการรักษา พยากรณ์โรค รวมถึงให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสในการตัดสินใจในการรักษาและวางแผนการดูแลตนเองในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยการดูแลจะเน้นไปในแนวทางที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน รวมถึงการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใด ๆ เพียงเพื่อยืดความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย<sup>4</sup> ตลอดจนการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด และจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้านจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลจะยึดตามหลักการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates)<sup>6</sup> ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>7</sup> และโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านพบช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และลดการมาห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยได้<sup>8</sup> จะเห็นได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองมีข้อดีหลายประการทำให้ทั่วโลกมีการตื่นตัวและได้นำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น<sup>9</sup>

ในประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคอง ได้เริ่มเข้าสู่ service plan ของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2559 ทำให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีการจัดบริการหน่วยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงโรงพยาบาลจอมทองก็ได้ริเริ่มการดูแลแบบประคับประคองในปีเดียวกัน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวทางดูแลที่เป็นขั้นตอนชัดเจน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยนำทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม เน้นการดูแลแบบองค์รวมตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง โดยขั้นตอนการดูแลประกอบไปด้วย การจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในช่วงท้ายของชีวิต รวมถึงการยุติการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใด ๆ เพียงเพื่อยืดความทรมานของผู้ป่วย การใช้ยาบรรเทาอาการต่าง ๆ และการส่งต่อข้อมูลชุมชนและการเยี่ยมบ้าน

อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยแบบประคับประคองเพียงบางส่วนที่ได้รับการดูแลร่วมโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลยังไม่เคยมีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนั้นงานวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์สาขาอื่นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแล

ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลจอมทองต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น

### วัสดุและวิธีการ

#### รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจอมทอง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

#### ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

จากบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลจอมทอง มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระดับประคับประคอง จาก ICD10 code: Z515 palliative care รวมทั้งสิ้น 284 คน จากนั้นจึงนำข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคนไปสืบค้นใน โปรแกรม HosXp โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล 169 คน และได้ดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น 115 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรคำนวณสัดส่วนประชากรที่แน่นอน (finite population proportion)<sup>10,11</sup> โดยอ้างอิงงานวิจัยเรื่อง “การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง” มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 43.6<sup>12</sup> คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมในงานวิจัยได้น้อย 72 คน

#### เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลรวบรวมงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย โปรแกรม HosXp ซึ่งเป็นโปรแกรมสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลจอมทอง ซึ่งผู้วิจัยใช้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย และได้บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เดือนที่เข้ารับการรักษา โรคหลักและโรคร่วมที่ได้รับ

การวินิจฉัย คะแนน Palliative performance scale (PPS) ขณะเข้ารับการรักษา สถานภาพการจำหน่าย งานที่ให้บริการ และความพึงพอใจ และข้อมูลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านการดูแลรวมทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่

1. การจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย
2. การวางแผนดูแลตนเองในช่วงสุดท้ายของชีวิต
3. ผู้ป่วยไม่ใส่ endotracheal tube
4. การได้รับยาบรรเทาอาการปวด morphine หรือ fentanyl
5. การส่งต่อข้อมูลชุมชนและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
6. ไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง
7. ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง
8. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการให้บริการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 16 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของ 2 กลุ่มประชากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของการดูแลโดยใช้ chi-square test และ independent t-test ข้อมูลจะมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ  $p \leq 0.05$

#### จริยธรรมวิจัย

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลจอมทอง เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2564 หนังสือรับรองเลขที่ 7/2564

#### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจอมทอง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวน 284 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล 169 คน (ร้อยละ 60) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น 115 คน (ร้อยละ 40) โดยเป็นเพศชายร้อยละ 51 มีอายุเฉลี่ย 65 ปี (SD 16.22) แต่ละไตรมาสมีจำนวนผู้ป่วยใกล้

เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ 71) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือ ศัลยกรรม (ร้อยละ 19.8) มีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 54) คะแนน PPS ขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-70 คะแนน (ร้อยละ 69) และผู้ป่วยในส่วนใหญ่จำหน่ายเป็นผู้ป่วย

กลับบ้านปกติ (ร้อยละ 43) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ 2 กลุ่มพบปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ผู้ป่วยที่ได้ดูแลแต่ละไตรมาส และหน่วยที่ให้บริการ (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและโรคร่วมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ลักษณะของผู้ป่วย	รวม (n=284)	แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
		แพทย์สาขาอื่น n=115 (40.49)	แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวร่วมดูแล n=169 (59.51)	p-value
เพศ n, (%)				
ชาย	146 (51.59)	50 (43.48)	96 (57.14)	0.024
หญิง	137 (48.41)	65 (56.22)	72 (42.86)	
อายุ (ปี) mean±SD	65±16.22	65.54±14.75	65.05±17.19	0.801
ผู้ป่วยที่ได้ดูแลแยกไตรมาส, n(%)				
ไตรมาส 1 (มิถุนายน-กันยายน)	97 (34.15)	54 (46.96)	43 (25.44)	0.001
ไตรมาส 2 (ตุลาคม-มกราคม)	99 (34.86)	35 (30.43)	64 (37.87)	
ไตรมาส 3 (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม)	88 (30.99)	26 (22.61)	62 (36.69)	
หน่วยที่ให้บริการ, n(%)				
ผู้ป่วยนอก	82 (28.87)	17 (14.78)	65 (38.46)	< 0.001
ผู้ป่วยใน	202 (71.13)	98 (85.22)	104 (61.54)	
เฉพาะผู้ป่วยใน (n=202) แบ่งได้เป็น, n(%)				
หอผู้ป่วยหนัก	26 (12.87)	11 (11.22)	15 (14.42)	
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	109 (53.96)	51 (52.04)	58 (55.17)	
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	40 (19.80)	20 (20.41)	20 (19.23)	
อื่น ๆ	27 (13.37)	16 (16.33)	11 (10.58)	
กลุ่มโรค, n(%)				
โรคมะเร็ง	143 (50.35)	52 (45.22)	89 (52.66)	0.218
โรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง	141 (49.65)	63 (54.78)	80 (47.34)	
โรคร่วม, n(%)				
ไม่มี	155 (54.58)	61 (53.04)	94 (55.62)	0.668
มี (อย่างน้อย 1 โรค)	129 (45.42)	54 (46.96)	75 (44.38)	
PPS ขณะเข้ารับการรักษา (%)				
0-30	47 (16.55)	19 (16.52)	28 (16.57)	0.116
40-70	195 (68.66)	73 (63.48)	122 (72.19)	
> 70	42 (14.79)	23 (20.00)	19 (11.24)	
สถานภาพการจำหน่าย (เฉพาะผู้ป่วยใน n=202), n(%)				
เสียชีวิตในโรงพยาบาล	53 (26.24)	29 (29.59)	24 (23.08)	0.462
ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	46 (22.77)	18 (18.37)	28 (26.92)	
กลับบ้านแบบปกติ	86 (42.57)	42 (42.86)	44 (42.31)	
ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น	17 (8.42)	9 (9.18)	8 (7.69)	

พบว่า กลุ่มโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ โรคมะเร็งทางเดินอาหารและมะเร็งปอด (ร้อยละ 37) ส่วนกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 28) เช่น โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โรคติดเชื้อในปอด โรคติดเชื้อในสมองและเยื่อหุ้มสมอง โรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น รองลงมา เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ร้อยละ 25) และโรคสมองและระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ (ร้อยละ 19) ตามลำดับ ส่วนโรคอื่น ๆ พบแบบกระจาย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับแข็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคทางจิตเวช การทำร้ายตนเอง ภาวะกระดูกสะโพกหักที่ปฏิเสธการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งไม่มีโรคใดที่มีความชุกมากกว่าร้อยละ 8 โรคร่วมที่พบ

ส่วนใหญ่พบมากกว่า 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 53) โดยโรคร่วมที่พบบ่อยสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ส่วนโรคร่วมอื่น ๆ จะพบแบบกระจาย ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 โรคหัวใจเต้นพลิ้ว โรคคลื่นหัวใจรั่ว โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองระยะเริ่มแรก โรคโลหิตจาง โรคตับ โรคต่อมลูกหมากโต โรคเก๊าท์ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคทางจิตเวช เช่น ดิซึมเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น ซึ่งไม่มีโรคร่วมใดที่มีความชุกมากกว่าร้อยละ 8 (ตารางที่ 2)

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลร่วมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น พบว่า มี

ตารางที่ 2. การวินิจฉัยโรคและโรคร่วมแต่ละชนิด

ลักษณะผู้ป่วย	รวม (n=284)	แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	
		แพทย์สาขาอื่น n=115 (40.49)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล n=169 (59.51)
กลุ่มโรคมะเร็ง, n (%)			
มะเร็งทางเดินอาหาร รวมมะเร็งตับและท่อน้ำดี	55 (36.67)	21 (39.62)	34 (35.05)
มะเร็งปอด	55 (36.67)	17 (32.08)	38 (39.18)
มะเร็งทางเดินปัสสาวะ	13 (8.67)	2 (3.77)	11 (11.34)
มะเร็งกระดูกและเนื้อเยื่อ	12 (8.00)	9 (16.98)	3 (3.09)
มะเร็งเต้านม	8 (5.33)	3 (5.66)	5 (5.15)
มะเร็งอื่น ๆ	7 (4.67)	1 (1.89)	6 (6.19)
กลุ่มโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง, n (%)			
โรคติดเชื้อ	38 (28.36)	24 (38.71)	14 (19.44)
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	33 (24.63)	12 (19.35)	21 (29.17)
โรคสมองและระบบประสาท	25 (18.66)	9 (14.52)	16 (22.22)
โรคอื่น ๆ	38 (28.36)	17 (27.42)	21 (29.17)
จำนวนโรคร่วม, n (%)			
1	39 (30.23)	11 (20.37)	28 (37.33)
2	22 (17.05)	6 (11.11)	16 (21.33)
≥ 3	68 (52.71)	37 (68.52)	31 (41.33)
โรคร่วมที่พบบ่อย, n (%) (ตอบได้มากกว่า 1)			
ความดันโลหิตสูง	70 (24.65)	34 (29.57)	36 (21.30)
เบาหวาน	52 (18.21)	27 (23.48)	25 (14.79)
ไขมันในเลือดสูง	47 (16.55)	24 (20.87)	23 (13.61)
โรคอื่น ๆ	104 (36.62)	42 (36.52)	62 (36.69)

การจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย ร้อยละ 80 ( $p < 0.001$ ) การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 90 ( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ endotracheal tube ร้อยละ 99 ( $p < 0.001$ ) ได้รับยาบรรเทาอาการ ได้แก่ morphine และ fentanyl ร้อยละ 60 ( $p < 0.001$ ) มีการส่งต่อข้อมูลในชุมชนและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ร้อยละ 69 ( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 98 ( $p = 0.010$ ) ผู้ป่วยไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 99 ( $p = 0.157$ ) คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการให้บริการมีค่าเฉลี่ย 47 คะแนน (SD 2.66) จากคะแนนเต็ม 50 ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 3)

### อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีแนวโน้มที่จะได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต การประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับยาแก้ปวด morphine หรือ fentanyl ได้รับการส่งต่อข้อมูลในชุมชนและเยี่ยมบ้าน ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง ตลอดจนผู้ป่วยและญาติ

มีความพึงพอใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่ผู้ป่วยแบบประคับประคองกลุ่มที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล มีการจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลตนเองในช่วงสุดท้ายของชีวิตมากกว่า อาจเกิดจากแพทย์สาขาอื่นกังวลว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อม<sup>13</sup> จึงไม่เริ่มบทสนทนาเรื่องนี้ ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้เรียนรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ตอนเป็นแพทย์ประจำบ้าน<sup>14</sup> ประกอบกับการดูแลตามหลักของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้มีความมั่นใจในการวางแผนการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนให้หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตมีการเรียนรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเบื้องต้น และสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้แพทย์ทุกสาขาสมาสามารถจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ นอกจากนี้แพทย์สาขาอื่นอาจมีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>15</sup> หรือพูดคุยแล้วแต่ไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน ดังเช่นการศึกษาของ Bradley et al.<sup>16</sup> พบมีการบันทึกในเวชระเบียนเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในโรงพยาบาล หรือการขอยุติการยื้อชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพียงร้อยละ 6.2 ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาล

ตารางที่ 3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์ของการดูแล, n(%)	รวม (n=284)	แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
		แพทย์สาขาอื่น n=115 (40.49)	แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวร่วมดูแล n=169 (59.51)	p-value
การจัดประชุมระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย	160 (56.34)	25 (21.74)	135 (79.88)	< 0.001
การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต	211 (74.30)	58 (50.43)	153 (90.53)	< 0.001
ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ endotracheal tube	258 (90.85)	90 (78.26)	168 (99.41)	< 0.001
ได้รับยาบรรเทาอาการปวด	129 (45.42)	27 (23.48)	102 (60.36)	< 0.001
ได้รับการส่งต่อข้อมูลในชุมชนและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	134 (47.18)	16 (13.91)	118 (69.82)	< 0.001
ผู้ป่วยที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง	274 (96.48)	107 (93.04)	167 (98.82)	0.010
ผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง	280 (98.59)	112 (97.39)	168 (99.41)	0.157
ความพึงพอใจในการให้บริการ mean±SD (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	46.20±3.56	44.30±3.92	47.44±2.66	< 0.001

จอมทองจะมีบันทึกผลการพูดคุย ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการทางกาย และการดูแลต่อเนื่องในเวชระเบียน ซึ่งถือเป็น การสื่อสารเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและนำไปปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาการใส่ endotracheal tube พบว่าผู้ป่วยที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล มีการใส่ endotracheal tube น้อยกว่า ซึ่งอาจเกิดจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในหลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงมีแนวโน้มในการรักษาไปในแนวทางที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และป้องกันการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต<sup>17</sup> นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจถึงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจ<sup>18</sup> ในกระบวนการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้ป่วย จึงทำให้ความชุกของการใส่ endotracheal tube ลดลง ตลอดจนแพทย์สาขาอื่น ๆ อาจมีการบันทึกถึงการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในเวชระเบียนน้อยกว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้มีการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาที่แผนกฉุกเฉิน<sup>19</sup> ดังนั้นจึงควรจัดทำระบบจัดเก็บแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐาน เพื่อที่ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ จะช่วยลดการใส่ท่อช่วยหายใจและการรักษาเชิงรุกอื่น ๆ ได้

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล มีการส่งต่อข้อมูลในชุมชนและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มากกว่าอาจเกิดขึ้นจากการที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลและทำงานร่วมกับชุมชนผ่านทางคลินิกหมอครอบครัว<sup>20</sup> และยังได้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย<sup>21</sup> ทำให้การส่งต่อข้อมูลไปในชุมชนทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตและช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>22</sup>

ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล มีแนวโน้มที่จะได้รับยาบรรเทาอาการปวดได้แก่ morphine หรือ fentanyl มากกว่ากลุ่มที่

ดูแลโดยแพทย์สาขาอื่น สาเหตุที่เป็นเช่นนั้น เพราะแพทย์สาขาอื่นอาจมีความกังวลเรื่องขนาดยาที่เหมาะสมและผลข้างเคียงจากการใช้ยา<sup>23</sup> นอกจากนี้อาจยังมีความเข้าใจผิดว่า การใช้ยากลุ่มนี้เป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (euthanasia)<sup>24</sup> ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับยา<sup>25,26</sup> ตลอดจนการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา จะช่วยให้แพทย์มีความมั่นใจในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยบรรเทาความทรมานของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีระบบเฝ้าระวังเรื่องการใช้ยาผิดประเภท<sup>27</sup> เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

สาเหตุที่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ และกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ในกลุ่มที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแลมีจำนวนน้อยกว่า อาจเกิดจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (home-based palliative care)<sup>8</sup> ทั้งเรื่องของการจัดการอาการปวด และการจัดการอาการรบกวนอื่น ๆ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการวางแผนร่วมกันกับครอบครัวเรื่องสถานที่เสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน<sup>28</sup> ทำให้การมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และการมารักษาเป็นผู้ป่วยในลดลง ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ การวางแผนดูแลตนเองช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในห้องฉุกเฉิน ยังช่วยลดการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล<sup>29</sup> ดังนั้นการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้ป่วย และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน จะช่วยลดการมารักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการให้บริการในกลุ่มที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแลมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า อาจมีสาเหตุมาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการดูแลที่เน้นเรื่องความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมแพทย์และครอบครัว (Doctor-patient relationship) เน้นการพูดคุยและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bužgová et al.<sup>30</sup> ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผู้ป่วย และมีการตัดสินใจในแนวทางการรักษาร่วมกัน ส่งผลต่อคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มากขึ้น

## ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลจอมทอง ซึ่งขนาดประชากรอาจน้อย ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่ได้บ่งชี้ถึงโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่น ๆ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในช่วง 1 ปี ซึ่งข้อมูลค่อนข้างจำกัด และเนื่องจากงานวิจัยเป็นการหาความแตกต่างของผลลัพธ์ แต่ไม่ได้ศึกษาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากมีการทำงานวิจัยเรื่องนี้เพิ่มเติมในอนาคต จึงควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา และการวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์การดูแลมีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน หรือการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแล ตลอดจนผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลจอมทองในอนาคต

## จุดเด่นของงานวิจัย

เป็นงานวิจัยที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งหมดในโรงพยาบาลจอมทอง ทำให้สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการดูแลโดยรวมของผู้ป่วย และเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครั้งแรกของโรงพยาบาลที่สามารถนำไปต่อยอดงานวิจัยอื่น ๆ ได้

## สรุปผล

ผู้ป่วยที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมดูแล มีกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลดีกว่าแพทย์สาขาอื่น ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนให้แพทย์สาขาอื่นมีความรู้ความเข้าใจ การดูแลแบบประคับประคอง จะช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ขอขอบคุณภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เป็นแหล่งฝึกทักษะด้านวิชาการและสถิติ ขอขอบคุณโรงพยาบาลจอมทอง ที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลและศึกษาวิจัย ขอขอบคุณหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจอมทอง ที่ให้

ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care.* 2016;28:456-69.
3. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 11 february 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for supportive care. Palliative Care [Internet]. 2018 [cited 10 Jan 2022]. Available from : [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx#supportive](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#supportive)
5. Chiang JK, Kao YH. Quality of end-of-life care of home-based care with or without palliative services for patients with advanced illnesses. *Medicine (Baltimore).* 2021;100:1-7.
6. Cassel B, Garrido M, May P, Fabbro ED, Noreika D. Impact of specialist palliative care on re-admission: A “competing risk” analysis to take mortality into account. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55:581.
7. Hua M, Lu Y, Ma X, Morrison RS, Li G, Wunsch H. Association Between the Implementation of Hospital-based palliative care and use of intensive care during terminal hospitalizations. *JAMA.* 2020;3:e1918675.
8. Elnadry J. Home-based palliative care reduces hospital readmissions. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53:428-9.
9. Hughes MT, Smith TJ. The growth of palliative care in the United States. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:459-75.
10. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences.* 10<sup>th</sup> ed. United States of America: John Wiley & Sons; 2013.
11. Ngamjarus C, Chongsuivatwong V, McNeil E. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on smart device. *Siriraj Med J.* 2016; 68:160-70.
12. Neesanun S. Non-beneficial treatments in hospitalized advance stage cancer patients. *Region 3 Medical and Public Health Journal.* 2019;16:1-10.

13. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J*. 2016;92(1090):466-70.
14. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/training/page-05>
15. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Der SW, Butow PN, Carrick S, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*. 2007;21:507-17.
16. Bradley NM, Sinclair E, Danjoux C, Barnes EA, Tsao MN, Farhadian M, et al. The do-not-resuscitate order: incidence of documentation in the medical records of cancer patients referred for palliative radiotherapy. *Curr Oncol*. 2006;13:47-54
17. Piili RP, Lehto JT, Luukkaala T, Hinkka H, Kellokumpu-Lehtinen PI. Does special education in palliative medicine make a difference in end-of-life decision-making. *BMC Palliat Care*. 2018;17:94.
18. ปฐมพร ศิริประภาศิริ,บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
19. Abdi D, Osman MAR, Lam L, Lin CC, Yeoh M, Judkins S, Pratten N. Cardiopulmonary resuscitation and endotracheal intubation decisions for adults with advance care direction and resuscitation plans in the emergency department. *Australasian Emergency Caer*. 2020;23:247-51.
20. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
21. Hudon C, Chouinard MC, Bouliane D. Case management in palliative care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med*. 2015;13:523-8.
22. Detsyk OZ BO, Babich PM. Quality of life of patients receiving home-based palliative care from family physicians and mobile palliative care team. *Wiad Lek*. 2020;73:1681-9.
23. Dzierzanowski T, Kozłowski M. Opioid prescribing attitudes of palliative care physicians versus other specialists: a questionnaire-based survey. *Postgrad Med J*. 2022;98(1156):119-23.
24. Shofield G. Palliative opioid use, palliative sedation and euthanasia: reaffirming the distinction. *J Med Ethics*. 2020;46:48-50.
25. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain--United States, 2016. *JAMA*. 2016;315:1624-45.
26. Lau J, Mazzotta P, Whelan C, Abdelaal M, Clarke H, Furlan AD, et al. Opioid safety recommendations in adult palliative medicine: a North American Delphi expert consensus. *BMJ Support Palliat Care*. 2022; 12:81-90.
27. Preuss CV, Kalava A, King KC. Prescription of controlled substances: benefits and risks. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
28. Webber C, Viola R, Knott C, Peng Y, Groome PA. Community palliative care initiatives to reduce end-of-life hospital utilization and in-hospital deaths: a population-based observation study evaluation two home care interventions. *J Pain Symptom Manage*. 2019;58:181-9.
29. Reyniers T, Houttekier D, Pasman HR, Stichele RV, Cohen J, Deliens L. The family physician's perceived role in preventing and guiding hospital admissions at the end of life: a focus group study. *Ann Fam Med*. 2014;12:441-6.
30. Bužgová R, Kozáková R, Bar M. Satisfaction of Patients with severe multiple sclerosis and their family members with palliative care: interventional study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38:1348-55.