

ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

สุพรรณิ สุตสา

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งจากตัวโรค และจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สามารถเริ่มการดูแลประคับประคองได้ตั้งแต่เริ่มต้นควบคู่กับการรักษาตัวโรคจนถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตยังมีการเข้าถึงการดูแลประคับประคองที่น้อยกว่าความต้องการจริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์ SPICIT Criteria 2022 และความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลประคับประคองกับการทำหัตถการแบบรุกราน ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ และหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤติ ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการศึกษาการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในวันแรก ณ หอผู้ป่วยระยะวิกฤติและกึ่งวิกฤติ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 350 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามความเหมาะสม และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วย multivariable logistic regression โดยรายงานค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจำนวน 350 ราย มีผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ 63.4 โดยการดูแลแบบประคับประคองลดโอกาสการรักษาแบบรุกรานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (adjusted OR = 0.15, 95% CI: 0.06–0.39, $p < 0.001$) การได้ยากระตุ้นหัวใจ (adjusted OR = 0.52, 95% CI: 0.32–0.83, $p = 0.004$) การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอก (adjusted OR = 0.26, 95% CI: 0.12–0.56, $p < 0.001$) และ การรับการบำบัดทดแทนไต (adjusted OR = 0.46, 95% CI: 0.23–0.91, $p = 0.025$) และเพิ่มโอกาสการได้รับยาระงับปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 6.95, 95% CI: 2.47–19.53, $p < 0.001$)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤติ ได้รับการดูแลแบบประคับประคองค่อนข้างสูง และพบว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดการรักษาแบบรุกรานซึ่งสนับสนุนการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลมาตรฐานในผู้ป่วยระยะท้าย

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, อายุรกรรม, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

รับบทความ: 2 มีนาคม 2569

แก้ไขเสร็จ: 19 พฤษภาคม 2569

ตอบรับบทความ: 19 พฤษภาคม 2569

Prevalence of Palliative Care Utilization Among Eligible Patients in Intensive and Intermediate Care Units of the Department of Internal Medicine, Udonthani Hospital

Abstract

Palliative care is a holistic approach that aims to relieve suffering from both disease and non-beneficial medical interventions. It can be initiated early in the disease trajectory alongside curative treatment and continued until the end of life and facilitating a peaceful death. Previous studies have shown that critically ill patients have limited access to palliative care compared with their actual needs. This study aimed to determine the prevalence of palliative care among patients meeting the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) Criteria 2022 and to examine the association between palliative care and invasive interventions in intensive and intermediate care units. This study is a cross-sectional study was conducted among patients admitted on the first day to intensive care and intermediate care units in the Department of Internal Medicine, Udon Thani Hospital, between January 1, 2024 and June 30, 2024. A total of 350 patients who met the SPICT criteria were included. Data were collected from electronic medical records. Descriptive statistics were used to summarize baseline characteristics. Inferential analyses included Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test, or Mann-Whitney U test, as appropriate. Multivariable logistic regression analysis was performed to identify factors associated with receiving palliative care. Results were reported as odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs). Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The results showed that, among 350 patients who met the criteria for palliative care, 63.4% received palliative care. Receipt of palliative care was significantly associated with a lower likelihood of invasive interventions, including endotracheal intubation (adjusted OR = 0.15, 95% CI: 0.06–0.39, $p < 0.001$), inotropic support (adjusted OR = 0.52, 95% CI: 0.32–0.83, $p = 0.004$), cardiopulmonary resuscitation (Adjusted OR = 0.26, 95% CI: 0.12–0.56, $p < 0.001$), and renal replacement therapy (adjusted OR = 0.46, 95% CI: 0.23–0.91, $p = 0.025$). In contrast, patients receiving palliative care were significantly more likely to receive analgesics (adjusted OR = 6.95, 95% CI: 2.47–19.53, $p < 0.001$).

In conclusion, A relatively high prevalence of palliative care was observed among patients meeting palliative care criteria in intensive and intermediate care units. Palliative care was associated with reduced use of invasive interventions and increased symptom management. These findings support the integration of palliative care into standard clinical practice for patients with advanced illness.

Keywords: palliative care, internal medicine, advance care planning

M.D.Medical Physician, Professional Level Department of Internal Medicine, Udonthani Hospital, Thailand
Department of Internal Medicine, Udonthani Hospital

Received: 2 November 2025

Revised: 19 May 2026

Accepted: 19 May 2026

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะลุกลามของโรค และคาดว่าจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน โดยใช้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2020) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากตัวโรค และจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ เนื่องจากในปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของปริมาณผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีโรคแทรกซ้อนมากขึ้น ทำให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นที่ต้องการเพิ่มมากขึ้น แต่การดูแลแบบประคับประคองนั้นยังไม่เพียงพอต่อปริมาณความต้องการ โดยในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56 ล้านคนทั่วโลก แต่มีผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียง 14% (World Health Organization[WHO], 2020) ในขณะที่ในประเทศไทยมีการเก็บข้อมูลและทำการศึกษานี้ในปี พ.ศ.2562 พบว่า มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 21.4% แต่มีผู้ป่วยเพียง 6% ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Natprayut, 2019) โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการรักษาเชิงรุกและการทำหัตถการที่รุกรานจำนวนมาก มีการศึกษาว่ามีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองควบคู่ด้วยถึง 62-88% (Curtis & Vincent, 2010; Kon et al., 2016; Salins et al., 2024) แต่ผู้ป่วยกลับเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้น้อย มีผลทำให้ครอบครัวมีความกังวล ไม่มีโอกาสได้เริ่มพูดคุยเรื่องเป้าหมายการรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ไม่ได้รับการจัดการความทุกข์ทรมาน รวมถึงปัญหาเรื่องการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ และการใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสมในหอผู้ป่วยวิกฤต (Curtis & Vincent, 2010; Kon et al., 2016)

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) โรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤต หรือมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต ซึ่งพบว่าภายหลังที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อช่วยชีวิตอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บป่วยดีขึ้น แต่บางรายอาการของโรคกลับรุนแรงลุกลามมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองควบคู่ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ต้องการการรักษาที่รุกราน หรือการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ ที่ทำเพียงเพื่อยื้อชีวิต โดยที่เพิ่มความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต (Connor, 2014) นอกจากนี้การดูแลรักษาแบบประคับประคองยังช่วยลดอัตราการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Milazzo et al., 2020)

โรงพยาบาลอุดรธานี มีศูนย์ดูแลประคับประคอง คือ หน่วยเมตตารักษ์ ทำหน้าที่ร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งปรึกษาจากทุกหอผู้ป่วยรวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต โดยมีการประชุมครอบครัว, วางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษาและครอบครัว ซึ่งเป็นขบวนการสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ที่ควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองมีประโยชน์มากทั้งในแง่ของผู้ป่วย ญาติ และระบบสาธารณสุข แต่งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองในประเทศไทยยังมีน้อย มีการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Palliative care ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษา Palliative care เพียง 6-17.3% (Natprayut, 2019; Pairojkul et al., 2021; ชโลธร ชาวบ้านกร่าง, 2021) และยังไม่มีการศึกษาหาสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจริงๆ ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์

วินิจฉัยการดูแลประคับประคองตามเกณฑ์ SPICT Criteria (ในผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน จึงเป็นที่มาของการทำงานวิจัยนี้เพื่อหาความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยการดูแลประคับประคองตามเกณฑ์ SPICT Criteria 2022 (The Supportive and Palliative Care Indicators Tool : SPICT, 2022) เพื่อให้ทราบขนาดของปัญหา และศึกษาว่าการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤตสามารถลดการรักษาแบบรุกรานหรือการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ในผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งจะช่วยสะท้อนช่องว่างระหว่างเป้าหมายการรักษา (Goals of care) กับการรักษาจริงที่เกิดขึ้นจริงในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต

วิธีการดำเนินงานวิจัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

- 1) ศึกษาความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ SPICT Criteria 2022 ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤตของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
- 2) ศึกษาผลของการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤตสามารถลดการรักษาแบบรุกรานหรือการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ในผู้ป่วย

นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถให้การรักษาควักกับการ รักษาหลัก ผู้ป่วยก็ยังได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน โดยไม่ได้จำกัดการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนา ของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ

ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินหรือร่วมดูแลโดยทีม Palliative care อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีการบันทึกในเวชระเบียน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care planning: ACP) หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างเป็นระบบ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อระบุค่านิยม เป้าหมายและความประสงค์เกี่ยวกับการดูแลรักษาในอนาคต รวมถึงการตัดสินใจการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้

หอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit : ICU) หมายถึง หน่วยบริการในโรงพยาบาลที่จัดไว้สำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง คุกคามชีวิต จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีการรักษาที่เข้มข้น ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Semi ICU) หมายถึง หน่วยบริการในโรงพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับกลาง หรือมีความเสี่ยงที่จะทรุดลง แต่ยังไม่ถึงขั้นต้องรับการรักษาแบบเข้มข้นเทียบเท่า ICU

การรักษาแบบรุกราน (Invasive Treatment) หมายถึง การรักษาหรือหัตถการทาง การแพทย์ที่มีการล่วงล้ำเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยผ่านการเจาะแทงหรือใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัย การรักษา หรือพยุงการทำงานของอวัยวะ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การกดหน้าอก การใส่เครื่องช่วยหายใจ การฟอกไต การให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

เกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indications Tool เป็นเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพระบุผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ไม่ต้องรอให้เข้าสู่ระยะท้ายเท่านั้น พัฒนาโดย University of Edinburgh ได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนถึงเวอร์ชันล่าสุดปี 2022 ประกอบด้วยการค้นหาข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก (Specific criteria) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับข้อบ่งชี้ทั่วไป (General indicator) 1 ข้อ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ SPICT criteria 2022 ควรได้รับการประเมินและเริ่มแนวทางการดูแลประคับประคองและวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก (Specific criteria)

- โรคมะเร็ง (Cancer disease)
 - สรรพภาพถดถอยมากขึ้นจากโรคที่เป็น
 - ร่างกายทรุดโทรมเกินกว่าจะให้การรักษามะเร็ง หรือการรักษาเป็นไปเพื่อการจัดการอาการ
- โรคสมองเสื่อม/ร่างกายแปรปรวน (Dementia disease)
 - ไม่สามารถเดิน รับประทานอาหาร แต่งตัวได้โดยตนเอง
 - กลืนอาหารและน้ำลำบาก ทำให้รับประทานได้น้อย
 - ไม่สามารถกลืนปัสสาวะ อูจาระได้
 - ไม่สามารถสื่อสาร โดยการพูดได้, เข้าร่วมกิจกรรมสังคมน้อย
 - หกล้มบ่อย, กระตุกตัวขาหัก
 - มีไข้หรือติดเชื้อเป็นๆหายๆ ปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก
- โรคทางระบบประสาท (Neurological disease)
 - สมรรถภาพกาย และ/หรือ การคิดวิเคราะห์ถดถอยลงอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่
 - การพูดสื่อสาร และ/หรือ การกลืนถดถอยลงอย่างต่อเนื่อง
 - ปอดติดเชื้อจากการสูดสำลักซ้ำซ้อน /ระบบหายใจล้มเหลว
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Heart disease, vascular disease)
 - หัวใจล้มเหลว/วาย หรือโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาไม่ได้ มีอาการหายใจไม่อิ่ม หรือเจ็บหน้าอกแม้อยู่ขณะพักหรือมีกิจกรรมเล็กน้อย (NYHA class III/IV)
 - โรคหลอดเลือดที่รุนแรง, ไม่สามารถผ่าตัดได้
- โรคทางเดินหายใจ (Respiratory disease)
 - มีโรคปอดที่เรื้อรังรุนแรง หายใจไม่อิ่ม แม้ขณะพักหรือมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย
 - ออกซิเจนในเลือดต่ำ ต้องได้รับการรักษาด้วย ออกซิเจนในระยะยาว
 - ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลว
- โรคไต (Kidney disease)
 - ไตวายระยะ 5 (eGFR<15ml/min) และสุขภาพ ถดถอย
 - ไตวายเป็นเหตุให้เกิดสภาวะหรือการรักษาอื่น ๆ ที่คุกคามต่อชีวิต
- โรคตับ (Liver Disease)
 - ตับแข็ง และ Complication เหล่านี้อย่างน้อย 1 ข้อ

- ท้องมานที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ
- Hepatic encephalopathy
- Hepatorenal syndrome
- ติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้อง
- มีเลือดออกจากหลอดเลือดโป่งพอง (Variceal) ในทางเดินอาหารเป็นๆหายๆ
- ไม่สามารถผ่าตัดเปลี่ยนตับได้
- ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ
 - สมรรถภาพถดถอย และมีโอกาสเสียชีวิตสูงจากสภาวะต่าง ๆ หรือ เป็นผลข้างเคียงที่จะไม่ดีขึ้น การรักษาทุก ๆ อย่าง หากทำจะได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดี

ข้อบ่งชี้ทั่วไป (General indicator)

- สมรรถนะร่างกายลดลง (Functional decline)
- เข้ารักษาในโรงพยาบาลแบบไม่ได้วางแผน (Unplanned admission)
- น้ำหนักลด/frailty เพิ่มขึ้น
- ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ
- มีอาการที่รุนแรงหรือคุมได้ยาก

การศึกษานี้มีกรอบแนวคิดว่า : ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลระดับประคับประคองตาม SPICT Criteria 2022 (University of Edinburgh, 2022) เมื่อได้รับการดูแลระดับประคับประคองจะส่งผลให้ ลดการรักษาแบบรุกราน, ลดการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์, เพิ่มความสอดคล้องกับเป้าหมายการรักษา (Goals of care) โดยมีปัจจัยร่วม เช่น อายุ โรคประจำตัว และความรุนแรงของโรค

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยตามแผน ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indications Tool 2022 (SPICT, 2022) ประเมินเมื่อแรกรับเข้าในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี ช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลคือ แพ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย การได้ทำการรักษาแบบรุกรานและหัตถการทางการแพทย์ต่างๆ รวมถึงการรักษา ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube intubation) การให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (Inotropic agents) การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอก (Cardio-Pulmonary Resuscitation CPR) การรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การได้รับยาระงับความรู้สึก (Analgesic drugs) และการได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือนในการเก็บข้อมูลและคิดสถิติ นับจากวันที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลอุดรธานี หนังสือรับรองเลขที่ 71/2567 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2567

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Study population)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการเก็บข้อมูล Pilot เนื่องจากไม่มีตัวอย่างงานวิจัยที่เก็บในกลุ่มประชากรคล้ายกับในงานวิจัยนี้ โดยเก็บข้อมูลตัวอย่างเบื้องต้นในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก SPICT 2022 ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต ของแผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลอุดรธานี 132 คน พบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 44 คน คิดเป็นความชุกที่นำมาอ้างอิงในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ที่ 33% ความผิดพลาดที่ยอมรับได้คือ 5% กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% $\alpha=0.05$ จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 340 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
2. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก SPICT

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่นอนจากแพทย์เจ้าของไข้
2. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลทางเวชระเบียนไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

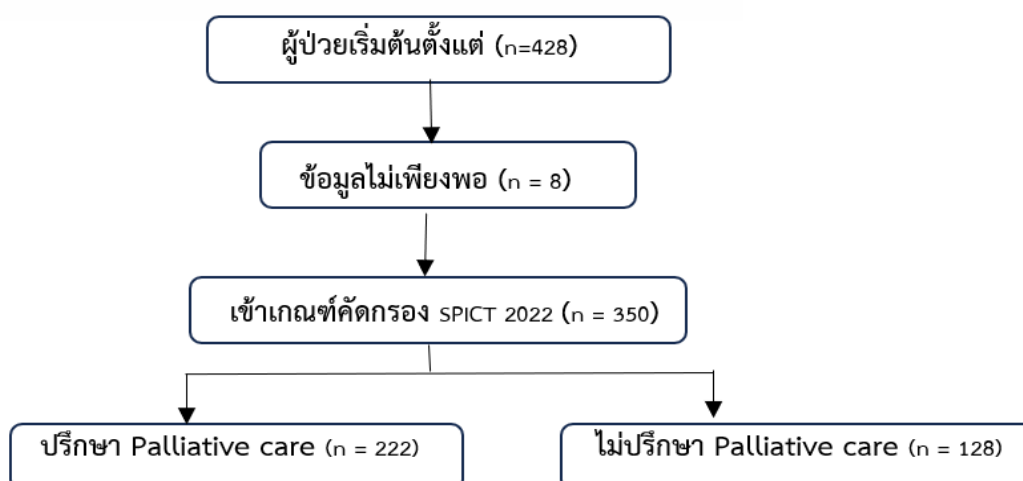
เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลจากนั้นทำการเข้ารหัสข้อมูลและบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA

1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล โดยตัวแปรเชิงกลุ่มแสดง (Categorical variable) แสดงในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ แสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ standard deviation) และข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ แสดงเป็นค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ (Median and interquartile range: IQR)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยตัวแปรเชิงกลุ่มใช้ Chi-square test ส่วนตัวแปรเชิงต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติใช้ Independent t-test

3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ใช้ Multivariable logistic regression analysis โดยรายงานผลเป็นค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

Study flow diagram



ผลการศึกษา

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 ที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก SPICt ทั้งหมด 350 คน โดยมีผู้ป่วยได้รับการปรึกษาดูแลแบบประคับประคองทั้งสิ้น 222 คน คิดเป็นร้อยละ 63.4 พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (64.2 ± 14.8 ปี เทียบกับ 59.7 ± 15.8 ปี, $p=0.008$) และมีสัดส่วนเพศชายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (67.1% เทียบกับ 78.9%, $p=0.012$) เมื่อพิจารณากลุ่มโรคพบว่า ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจมีสัดส่วนสูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (70.3% เทียบกับ 57.0%, $p=0.012$) ขณะที่กลุ่มโรคอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการรักษาแบบรุกราน (Invasive treatment) พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีการใส่ท่อช่วยหายใจ (96.1% เทียบกับ 79.7%, $p < 0.001$), การใช้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (69.5% เทียบกับ 54.1%, $p = 0.004$), การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (17.2% เทียบกับ 9.0%, $p = 0.023$) และการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอก (17.2% เทียบกับ 5.4%, $p < 0.001$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีการใช้ยาแก้ปวดในสัดส่วนที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (97.8% เทียบกับ 85.9%, $p < 0.001$)

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS) ระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.7 ± 11.4 เทียบกับ 12.3 ± 15.2 , $p = 0.806$) ส่วนผลลัพธ์การจำหน่าย พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีอัตราการอาการดีขึ้นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (39.84% เทียบกับ 4.05%, $p < 0.001$)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีการทำ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (100% เทียบกับ 36.7% $p < 0.001$)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยจำแนกตามการได้รับและไม่ได้รับการปรึกษาทีมดูแลประคับประคอง (n= 350)

Baseline characteristics	With palliative consultation (n=222)	Without palliative consultation (n=128)	p-value
	n (%)	n (%)	
Sex			
Male	149 (67.2)	101 (78.9)	0.012
Female	73 (32.8)	27 (21.1)	
Age (year) mean$\pm$SD	64.2 $\pm$ 14.8	59.7 $\pm$ 15.8	0.008
Medical scheme			0.099
UC	186 (83.8)	98 (76.6)	
SSS	10 (4.5)	13 (10.2)	
OFC	26 (11.7)	17 (13.2)	

Baseline characteristics	With palliative consultation (n=222)	Without palliative consultation (n=128)	p-value
	n (%)	n (%)	
Co-morbidity			
Cancer	26 (11.7)	14 (10.9)	0.826
Dementia	28 (12.6)	13 (10.2)	0.491
Liver diseases	17 (7.7)	10 (7.8)	0.958
Respiratory diseases	156 (70.3)	73 (57.0)	0.012
Kidney diseases	24 (10.8)	21 (16.4)	0.132
Cardiovascular diseases	21 (9.5)	14 (10.9)	0.657
Neurological diseases	28 (12.6)	16 (12.5)	0.976
Medical Intervention			
Analgesic drugs	217 (97.8)	110 (85.9)	< 0.001
Endotracheal tube intubation	176 (79.7)	123 (96.1)	< 0.001
Inotrope	120 (54.1)	89 (69.5)	0.004
Hemodialysis	20 (9.0)	22 (17.2)	0.023
CPR	12 (5.4)	22 (17.2)	< 0.001
Lengths of stay (days), mean±SD	12.7±11.4	12.3±15.2	0.806
Discharge status			< 0.001
Death at hospital	112 (51.7)	69 (50.5)	
Improve	9 (4.1)	51 (39.84%)	
Not improve	101 (45.5)	8 (6.25%)	
Advance Care Plan	222 (100%)	47 (36.7%)	< 0.001

Abbreviations: UC; universal coverage scheme, SSS; social security scheme, OFC; government Or state enterprise officer, CPR; cardiopulmonary resuscitation.

เมื่อวิเคราะห์ผลของการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองจาก Multivariable logistic regression analysis โดยควบคุมตัวแปร เพศ อายุ และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ (ตารางที่ 2) พบว่าการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ลดโอกาสในการได้รับการรักษาแบบรุกรานต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีโอกาสถูกใส่ท่อช่วยหายใจลดลงประมาณ 85% (Adjusted OR = 0.15; 95% CI: 0.06–0.39; $p < 0.001$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีโอกาสได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจลดลงประมาณ 48% (Adjusted OR = 0.52 ; 95% CI: 0.32-0.83; $p = 0.006$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีโอกาสในการได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมลดลง 54% (Adjusted OR = 0.46; 95% CI: 0.23-0.91; $p = 0.025$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีโอกาสได้รับการทำช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอก (CPR) ลดลงประมาณ 74% (Adjusted OR = 0.26; 95% CI:

0.12-0.56; $p = 0.001$) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีโอกาสในการได้รับยาแก้ปวด หรือ Analgesics สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 6.95 เท่า (Adjusted OR = 6.95, 95% CI: 2.47–19.53, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบรูปแบบการรักษาทางการแพทย์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการและไม่ได้รับการปรึกษาทีมดูแลประคับประคอง โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multivariate logistic regression analysis) ($n = 350$)

Medical interventions	Univariate analysis		Multivariate analysis*	
	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Analgesic drugs	7.10 (2.57-19.64)	<0.001	6.95 (2.47-19.53)	<0.001
Endotracheal tube intubation	0.16 (0.06-0.40)	<0.001	0.15 (0.06-0.39)	<0.001
Inotrope	0.52 (0.33-0.82)	0.005	0.52 (0.32-0.83)	0.006
Hemodialysis	0.48 (0.25-0.91)	0.026	0.46 (0.23-0.91)	0.025
CPR	0.28 (0.13-0.58)	0.001	0.26 (0.12-0.56)	0.001

*Adjusted with age, sex, co-morbidity with respiratory disease.

- Abbreviations: OR; odds ratio, 95%CI; 95% confidence interval, CPR; cardiopulmonary resuscitation.

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาหาความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 จำนวนทั้งหมด 350 คน พบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็น ร้อยละ 63.4 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น ได้รับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าความเป็นจริง ถือเป็นสัดส่วนที่มีความน่ากังวลเพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองนั้นมีประโยชน์มากทั้งในแง่ของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย รวมถึงระบบสาธารณสุข (Milazzo et al., 2020) ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น การขาดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองของทีมผู้รักษา การขาดทรัพยากร และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ การไม่เข้าใจการรักษาแบบประคับประคองของญาติและผู้ป่วย (Hawley, 2017) เมื่อเปรียบเทียบผลงานวิจัยกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลของงานวิจัยนั้นสอดคล้องกันคือ ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นมีสัดส่วนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามความชุกที่ศึกษาได้จากงานวิจัยนี้สูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา (Natprayut, 2019; Pairojkul et al., 2021; ชโลธร ชาวบ้านกร่าง, 2021) เช่น การศึกษาลักษณะผู้ป่วยประคับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม (ชโลธร ชาวบ้านกร่าง, 2021) พบความชุกของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 15.27 และเมื่อลงในรายละเอียดในส่วนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าไม่มีผู้ป่วย

ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 14 แห่งทั่วประเทศ ไทย (Pairojkul et al., 2021) พบความชุกของการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแผนกต่างๆของโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 17.3 ซึ่งสาเหตุความแตกต่างอาจเนื่องมาจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในปี 2024 ซึ่งในโรงพยาบาลอุดรธานีมีการให้ความรู้ความเข้าใจ และสร้างเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองของทีมบุคลากรผู้รักษาให้มีมากขึ้น มีหลักสูตรเรื่องการดูแลประคับประคองในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรกรรม และสามารถประสานงานต่อไปยังหน่วยงานเมตตารักษ์ ของโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งจัดตั้งขึ้นมาเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษแบบประคับประคองอย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงประชากรศึกษาในงานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และระยะกึ่งวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมกกว่าหอผู้ป่วยสามัญ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์ SPICIT มากกว่า ด้วยเหตุผลเหล่านี้ทำให้แนวโน้มของการเข้าถึงการรักษแบบประคับประคองมีมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กับการรักษาแบบรุกราน (Invasive procedures) ในผู้ป่วยระยะท้าย โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ, การใส่ยาเพิ่มแรงบีบหัวใจ, การฟอกไต, และการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีการใส่ยาแก้ปวดในสัดส่วนที่สูงกว่า สะท้อนถึงแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการและคุณภาพชีวิต มากกว่าการยืดชีวิตด้วยการรักษาเชิงรุกราน กลไกสำคัญที่อธิบายผลลัพธ์ดังกล่าวคือบทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง ในการสนับสนุนการสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล (Goals of care) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อเป้าหมายการดูแลมีความชัดเจนมากขึ้น การรักษที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย หรือมีประโยชน์จำกัดในเชิงพยากรณ์โรคจึงถูกลดลง ส่งผลให้การใช้การรักษาแบบรุกรานลดลง โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยที่บอกว่าการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับการลดค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยวิกฤตและการรักษาแบบรุกราน โดยไม่เพิ่มอัตราการเสียชีวิต (Aslakson et al., 2014)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาอนโรพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบจากการศึกษาก่อนหน้า (Liu et al., 2017) ที่ชี้ว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เพิ่มภาระการใช้ทรัพยากรด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ตรงกันข้าม การลดการรักษาเชิงรุกรานอาจช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ และส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสมกับระยะของโรคมกขึ้น แม้ว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จะมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ “อาการดีขึ้น” สูงกว่า แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวควรได้รับการตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มักมีอายุสูงกว่าและมีความรุนแรงของโรคมกกว่า ซึ่งสะท้อนภาวะการกวนโดยข้อบ่งชี้ (Confounding by indication) มากกว่า ผลกระทบเชิงลบของการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษานี้ยังเน้นให้เห็นบทบาทของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะโรกระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบในสัดส่วนสูงในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับแนวโน้มปัจจุบันที่ขยายขอบเขตการดูแลแบบประคับประคองไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีอาการรุนแรงและพยากรณ์โรคไม่แน่นอน (World Health Organization, 2018; Kavalieratos et al., 2016) การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ระยะต้นจึงมีศักยภาพในการลดการรักษาที่รุกรานโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

โดยสรุป การศึกษานี้สนับสนุนว่าการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับการลดการรักษาแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตหรือระยะเวลาในโรงพยาบาลผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนคุณค่าของการดูแลแบบประคับประคอง ในการส่งเสริมการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วย และสนับสนุนการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในระบบบริการสุขภาพสามารถนำการศึกษานี้ไปนำเสนอแก่บุคลากร เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานได้รับทราบ เพื่อเป็นข้อมูลที่สามารถสะท้อนความคลาดเคลื่อนในการไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อหาวิธีแก้ปัญหาต่อไป เพิ่มการเข้าถึงการดูแลประคับประคองให้มากขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การส่งเสริมให้มีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ตั้งแต่อ่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต อาจช่วยให้การดูแลในระยะท้ายสอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น และลดการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทางคลินิก การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะมีประสิทธิผลได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care system) ที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเข้าถึงได้ง่ายเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ แนวทางดังกล่าวถือเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในมิติของการเสริมพลังการตัดสินใจและการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย Palliative care ที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในหลายระดับ ดังนี้

1) ระดับการดูแลผู้ป่วย (Clinical practice) ผลการศึกษพบว่า การดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับการลดการรักษาแบบบูรณาการและเพิ่มการบรรเทาอาการ จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์

- พิจารณาคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ SPICt อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรก
- ส่งปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองให้เร็วขึ้น
- ปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย (Goal of care)

2) ระดับระบบบริการสุขภาพ (Health system / hospital policy) เนื่องจากพบว่ายังมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองถึงร้อยละ 36.6

- สามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ (Quality indicator) ของโรงพยาบาล
- พัฒนา Clinical pathway หรือ Protocol การ Consult palliative care ใน ICU/MICU
- สนับสนุนการจัดสรรทรัพยากร เช่น บุคลากร Palliative care team หรือหน่วยเฉพาะทาง

3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity building) ผลการศึกษสะท้อนถึงความจำเป็นในการเพิ่มการเข้าถึง Palliative care

- ใช้เป็นข้อมูลในการจัดอบรมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ
- ส่งเสริมความรู้เรื่องการสื่อสารระยะท้าย (End-of-life communication)
- บูรณาการเนื้อหา Palliative care ในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษา

4) การส่งเสริม Advance Care Planning (ACP) และ Living Will จากผลที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Palliative care มีการทำ ACP สูงอย่างมีนัยสำคัญ

- สนับสนุนการเริ่ม ACP ตั้งแต่ระยะต้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will)
 - ใช้เป็นเครื่องมือในการลดการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
- 5) งานวิจัยในอนาคต (Future research)
- ประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต (Quality of life) และความพึงพอใจของครอบครัว
 - ศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-effectiveness) ของ Palliative care

ข้อเสนอแนะด้านงานวิจัย

1. รูปแบบของงานวิจัยควรเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า เนื่องจากการสูญหายของข้อมูล การเก็บข้อมูลย้อนหลัง เป็นการเก็บ ข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลบางส่วนมีการสูญหาย และมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้รับการบันทึกลงเวชระเบียนอย่างละเอียด ทำให้ต้องคัดออกจางานวิจัย

2. หากมีการศึกษาวิจัยต่อยอดควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบ ประคับประคอง ในแผนกอื่นร่วมด้วย และศึกษาผลลัพธ์การรักษาอื่นๆ เช่น การควบคุมอาการทางกาย ด้าน สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต รวมถึงการศึกษาด้าน ความคิดและความเชื่อของผู้ป่วย, ผู้ดูแล, รวมถึงเจ้าหน้าที่ทาง การแพทย์ ต่อการรักษาแบบประคับประคอง

3. อาจมีการศึกษาต่อยอดและวิเคราะห์เพิ่มขึ้นในประเด็น Cost of treatment ระหว่าง 2 กลุ่ม เพื่อ ดูความคุ้มค่าทาง Health economics และ Quality of life

เอกสารอ้างอิง

- ชโลธร ขวบ้านกร่าง. (2021). การศึกษาลักษณะผู้ป่วยประคับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4(3), 119–127.
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The changing role of palliative care in the ICU. *Journal of Palliative Medicine*, 17(7), 762–767.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0623>
- Connor, S. R. (2014). The global atlas of palliative care at the end of life: An advocacy tool. *European Journal of Palliative Care*, 21(4), 180–183.
- Curtis, J. R., & Vincent, J.-L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, 376(9749), 1347–1353. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60143-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60143-2)
- Hawley, P. (2017). Barriers to access to palliative care. *Palliative Care: Research and Treatment*, 10, 1–6. <https://doi.org/10.1177/1178224216688887>
- Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L., & Schenker, Y. (2016). Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 316(20), 2104–2114. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>
- Kon, A. A., Shepard, E. K., Sederstrom, N. O., Swoboda, S. M., Marshall, M. F., Birriel, B., & Rincon, F. (2016). Defining futile and potentially inappropriate interventions: A policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Critical Care Medicine*, 44(9), 1769–1774. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001965>
- Liu, X., Dawod, Y., Wonnarphorn, A., Shafi, A., Doo, L., Yoo, J. W., Ko, E., & Choi, Y. S. (2017). Effects of hospital palliative care on health, length of stay, and in-hospital mortality: A systematic review and meta-analysis. *Palliative & Supportive Care*, 15(6), 708–718. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000155>
- Milazzo, S., Hansen, E., Carozza, D., & Case, A. A. (2020). How effective is palliative care in improving patient outcomes? *Current Treatment Options in Oncology*, 21(2), Article 12. <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0703-4>
- Natprayut, N. (2019). Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. *Clinical Academia*, 43(6), 220–228.
- Pairojkul, S., Thongkhamcharoen, R., Raksasataya, A., Sorasit, C., Nakawiro, P., Sudsa, S., Sattamai, C., Puripanpinyo, N., Oerareemit, N., Raksadaen, B., & Apaijitt, P. (2021). Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 272–279. <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0036>
- Ruegger, J., Hodgkinson, S., Field-Smith, A., & Ahmedzai, S. H. (2015). Care of adults in the last days of life: Summary of NICE guidance. *BMJ*, 351, h6631. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6631>

Salins, N., Dhyani, V. S., Mathew, M., et al. (2024). Assessing palliative care practices in intensive care units and interpreting them using the lens of appropriate care concepts: An umbrella review. *Intensive Care Medicine*, 50(9), 1438–1458.
<https://doi.org/10.1007/s00134-024-07405-8>

Supportive and Palliative Care Indicators Tool. (2022). SPICT tool.
<https://www.spict.org.uk/the-spict/>

World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization, & Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.