

การเปรียบเทียบปัจจัยเข้าถึงบริการในผู้ป่วยระดับประคองก่อนและระหว่างการระบาด โรคโควิด 19 ใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

A Comparison on Factor of Health Care Accessibility in Palliative Patient during Covid 19 Outbreak in a Hospital Located in Northeast of Thailand

คมกฤษณ์ เทียมกลาง¹, นภชา สิงห์วีรธรรม^{2*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ³, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Khomkrit Tiamklang¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Kittiporn Nawsuwan³, Pallop Siewchaisakul²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังและติดตามไปข้างหน้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการและเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จากฐานข้อมูล HosXP ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 -2565 ตัวแปรตาม คือ จำนวนครั้งของการรับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยป่วยของพหุตัวแปร ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้ารับบริการในช่วงก่อนการระบาดจำนวน 3,076 ครั้ง (Mean $\pm$ SD: 19.23 $\pm$ 13.40) ระหว่างการระบาดจำนวน 1,374 ครั้ง (12.84 $\pm$ 8.67) และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการก่อนการระบาด พบว่า ปัจจัยด้านเพศชาย (aIRR = 0.86; 95%CI: 0.80, 0.93) ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี (aIRR = 1.21; 95%CI: 1.12, 1.31) และผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน 3 คะแนน (aIRR = 1.57; 95%CI: 1.27, 1.95) ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ และระหว่างการระบาด พบว่า ปัจจัยด้านเพศชาย (aIRR = 1.19; 95%CI: 1.08, 1.34) ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ ดังนั้น ควรมีการจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วยระดับประคองด้วยอายุ อาการ ร่วมกับอัตราโรคร่วม เพื่อจะได้เป็นสัญญาณเตือนของผู้ให้บริการต่อการจัดลำดับในการให้บริการผู้ป่วย ทั้งในสภาวะปกติและในการเกิดโรคอุบัติใหม่

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระดับประคอง, โรคโควิด 19

Citaion:

Tiamklang K, Singweratham N, Nawsuwan K, Siewchaisakul P. A comparison on factor of health care accessibility in palliative patient during before and after Covid 19 outbreak in a hospital located in Northeast of Thailand. Health Sci J Thai 2023; 5(3): 73-79. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v5i3.261036>

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 43110

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ 50200

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สงขลา 90000

¹ Thabo crown prince hospital, Nongkhai province, 43110, Thailand

² Faculty of Public Health, Chiang Mai University, 50200, Thailand

³ Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Songkhla, 90000, Thailand

* Corresponding author E-mail: noppcha@hotmail.com; Tel: 0615513399

Received: Jan 25, 2023; Revised: Apr 24, 2023; Accepted: May 2, 2023

<https://doi.org/10.55164/hsjt.v5i3.261036>

Abstract

This retrospective cohort study aimed to investigate and compare factors affecting access to health services before and after the outbreak of COVID 19 in all palliative care patients, Thabo crown prince hospital, Nongkhai Province. The data were retrieved all palliative care patients from HosXP data based during 2017 to 2022. The outcome of this study was number of accessing to health services. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple poisson regression analysis. Results found that the number of palliative care patient accessed to health service before COVID 19 outbreak was 3,076 times (Mean $\pm$ SD: 19.23 $\pm$ 13.40) and during COVID 19 outbreak was 1,374, (12.84 $\pm$ 8.67). It found that factors affecting access to health services before COVID 19 were males (aIRR = 0.86; 95%CI: 0.80, 0.93), those aged over 60 years-old (aIRR = 1.21; 95% CI: 1.12, 1.31) and those who had Charlson's comorbidity index score > 3 points (aIRR = 1.57; 95%CI: 1.27, 1.95). During COVID-19 outbreak, it found that factors affecting access to health services were males (aIRR = 1.19; 95%CI: 1.08, 1.34), Hence, in order to have a sign for service provider of prioritizing service, there is a needed of periodizing severity of palliative care patents by age and Charlson's comorbidity index score during normal and epidemic of emerging disease.

Keywords: Palliative care patients, COVID-19

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ การดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹⁾ โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน เช่น การรับเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี โดยไม่ได้ไปจำกัดการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ แต่ในระยะท้ายที่สภาวะร่างกายของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับการรักษาเดิม การรักษาแบบประคับประคอง⁽²⁾ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค การพยากรณ์ การรักษา ผลประโยชน์ และความเสี่ยงจากการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น⁽³⁾ การดูแลแบบประคับประคองคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ การดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการรักษาแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการวินิจฉัยจนถึงช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ต้นจนถึงวาระสุดท้าย⁽⁴⁾ คนทั่วไปอาจคิดถึงภาพของผู้ป่วยที่หมดหวังรอความตาย ใกล้เสียชีวิต ไม่สามารถรับการรักษา หรือการดูแลใดๆ ได้อีก แต่แท้จริงแล้ว การดูแลแบบองค์รวมยังสามารถช่วยเหลือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าไม่อาจกำจัดตัวโรคให้สิ้นไปได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁵⁾ และลดอาการที่เกิดจากโรคที่อาการเหล่านั้นมักรุนแรงและเกิดความทุกข์ทรมาน

จากการรายงานพบเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ที่ก่อโรคในคน วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563⁽⁶⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าว

เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และประเทศไทยได้มีราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID 19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563⁽⁷⁾ สถานบริการด้านสุขภาพต้องดำเนินการบริการรักษาสุขภาพผู้ป่วยให้ได้ตามปกติในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ (New normal of medical service)⁽⁸⁾ ด้วยการจัดการบริการที่ลดความแออัด มีมาตรฐานและลดความเหลื่อมล้ำ ที่ส่งผลให้บริการทางด้านสุขภาพบางประเภทที่ไม่สามารถให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก⁽¹⁰⁾ และ แผนกผู้ป่วยใน⁽¹¹⁾ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกประเภท

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 200 เตียงที่ให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทที่ได้รับผลกระทบในการจัดการช่วงการระบาดโรคโควิด 19 ที่ต้องปรับรูปแบบของการจัดการบริการตามหลักการแพทย์วิถีใหม่ ส่งผลกระทบต่อมารับบริการด้านสุขภาพทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในทุกกลุ่มโรค รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความล่าช้าของการมารับบริการในทุกโรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อในช่วงก่อนและหลังการระบาดสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ การเข้าถึงบริการและผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการเตรียมพร้อมในการรองรับโรคอุบัติใหม่ ต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง และติดตามไปข้างหน้า (Retrospective cohort study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยระดับประคองจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประชากร คือ ผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มผู้ป่วย Z515 (Palliative care) ทุกรายจากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการเข้ารับบริการของผู้ป่วยระยะประคอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การกลับมาเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำในสถานบริการ และจำนวนโรคร่วมที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ผู้ป่วยระดับประคอง 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP ก่อนตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

สำหรับภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ใช้แบบประเมินดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson's Comorbidity Index: CCI)⁽¹²⁾ แบบประเมิน CCI มีการประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม โดยแต่ละโรคมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน⁽¹³⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาในกรณีของตัวแปรแจกแจง (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ และตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติจะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และในกรณีที่ข้อมูลไม่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าช่วงควอไทล์ (Interquartile range) เปรียบเทียบค่าสัดส่วนตามตัวแปรในช่วงก่อนการระบาดและช่วงการระบาดด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรเชิงปริมาณด้วยสถิติ Independent t-test และในกรณีที่ไม่มีกระจายแบบโค้งปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต้นกับจำนวนการรับบริการของผู้ป่วยระดับประคองด้วยใช้สมการถดถอยปัวซอง (Poisson regression) เพื่อหาขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ แสดงในรูปค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk ratio: IRR) ที่ระดับช่วงเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต้นกับจำนวนการรับบริการของผู้ป่วยระดับประคอง โดยพิจารณาถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย โดยใช้สมการถดถอยปัวซองเพื่อหาขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ แสดงในรูปค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ระดับช่วงเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยโมเดลเริ่มต้น เลือกตัวแปรจากการวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว โดยพิจารณาทุกตัวแปรที่มี p-value <0.25 ในสมการเริ่มต้น ทั้งนี้หากตัวแปรใดที่มี p-value >0.25 แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้วบ่งชี้ว่ามีความสำคัญ จะคงไว้ในสมการเริ่มต้นด้วย จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์การตัดตัวแปรแบบ Backward elimination จนได้สมการสุดท้าย ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวทำการวิเคราะห์แยกสมการระหว่างช่วงก่อนการแพร่ระบาดและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาค้นคว้าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในกรณียกเว้น (Exception review) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่มีผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 และทำบันทึกการใช้ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยประสานกับผู้รับผิดชอบข้อมูลให้ดึงข้อมูลจากระบบให้ และผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงรหัสข้อมูลได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยระดับประคองที่เข้ารับบริการในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และ ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มาเข้ารับบริการ 160 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.75 อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 66.88 (Mean $\pm$ SD = 65.08 $\pm$ 11.03) มีคะแนนภาวะโรคร่วมมากกว่า 3 ร้อยละ 51.88 และเสียชีวิตร้อยละ 43.75

สำหรับช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มาเข้ารับบริการ 107 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.07 อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 71.03 (Mean $\pm$ SD = 65.41 $\pm$ 11.70) มีคะแนนภาวะโรคร่วม เท่ากับ 2 ร้อยละ 51.40 และเสียชีวิตร้อยละ 12.15 ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Characteristics of palliative patients receiving related-service by COVID-19 epidemic period

Variable	n (%)		p-value
	Pre-COVID-19 epidemic	COVID-19 epidemic	
Sex			<0.001
Male	94 (58.75)	47 (43.93)	
Female	66 (41.25)	60 (56.07)	
Age			0.410
<60	53 (33.13)	31 (28.97)	
≥ 60	107 (66.87)	76 (71.03)	
Mean ± SD	65.08 ± 11.03	65.41 ± 11.70	0.046 ^a
Mortality			<0.001
Alive	90 (56.25)	94 (97.85)	
Death	70 (43.75)	13 (12.15)	
Charlson's comorbidity index			<0.001 ^b
1	6 (3.75)	3 (2.80)	
2	71 (44.38)	55 (51.41)	
>3	83 (51.87)	49 (45.79)	

Note: The data were tested using a) Mann–Whitney U test and b) Fisher’s exact test

จำนวนผู้ป่วยระดับประคองที่เข้ารับบริการในช่วงก่อน และระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า จำนวนผู้เข้ารับบริการในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีจำนวนการเข้ารับทั้งสิ้น 3076 ครั้ง (Mean ± SD = 19.23 ± 13.40; Median(IQR) = 18.20 ± 20.50) ในขณะที่ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีจำนวนการเข้ารับทั้งสิ้น 1374 ครั้ง Mean ± SD = 12.84 ± 8.67; Median(IQR) = 11.42 ± 9.5) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Number and average of palliative care visits by COVID-19 epidemic period

Palliative care visits	Pre-COVID-19 epidemic	COVID-19 epidemic
Number of palliative care patients	160	107
Number of total palliative care visits	3,076	1,374
Mean of palliative care visits (SD)	19.23 (13.40)	12.84 (8.67)
Median of palliative care visits (IQR)	18.20 (20.50)	11.42 (9.50)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จากผลลัพธ์จากการวิเคราะห์หัตถ์แปรเดียว ในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ป่วยเพศชายเข้ารับบริการน้อยกว่าเพศหญิงร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IRR = 0.84; 95%CI: 0.78, 0.90) และ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการเป็น 1.22 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IRR = 1.22; 95%CI:1.13, 1.33) และ ผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน มากกว่า 3 คะแนน เข้ารับบริการเป็น 1.52 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสันน้อยกว่า 1 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IRR = 1.52; 95% CI:1.23, 1.88)

เมื่อทำการควบคุมตัวแปรในการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยเพศชายเข้ารับบริการน้อยกว่าเพศหญิงร้อยละ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aIRR = 0.86; 95%CI: 0.80, 0.93) และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการเป็น 1.21 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aIRR = 1.21; 95% CI:1.12, 1.31) และผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน มากกว่า 3 คะแนน เข้ารับบริการเป็น 1.57 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสันน้อยกว่า 1 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aIRR = 1.57; 95%CI: 1.27, 1.95) สำหรับผลการวิเคราะห์หัตถ์แปรเดียวในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด พบว่า ผู้ป่วยเพศชายเข้ารับบริการมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IRR = 1.20; 95%CI:

1.07, 1.33) และ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการลดลงร้อยละ 5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (IRR = 0.95; 95%CI: 0.85, 1.07) และผู้ที่มีค่าคะแนน ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน เท่ากับ 2 และ มากกว่า 3 คะแนน เข้ารับบริการเป็นน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าคะแนน ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน น้อยกว่า 1 คะแนน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (IRR = 0.86; 95%CI: 0.64,1.17) และ (IRR = 0.88; 95%CI: 0.65, 1.20) ตามลำดับ

เมื่อทำการควบคุมตัวแปรในการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า เพศชายเข้ารับบริการมากกว่าเพศหญิง 1.19 เท่าอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (aIRR = 1.19; 95%CI: 1.08, 1.34) และ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการลดลง ร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (aIRR = 0.93; 95%CI: 0.83, 1.05) และ ผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน เท่ากับ 2 และ มากกว่า 3 คะแนน มีการเข้ารับบริการลดลง เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน น้อยกว่า 1 คะแนน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (aIRR = 0.87; 95%CI: 0.63, 1.64) และ (aIRR = 0.89; 95%CI: 0.65, 1.21) ตามลำดับ ดังแสดง ในตารางที่ (Table) 3

Table 3 Factors associated with palliative care visits by COVID-19 by COVID-19 period

Variable	Pre-COVID-19 epidemic		COVID-19 epidemic	
	Crude IRR (95CI)	aIRR (95CI)	Crude IRR (95CI)	aIRR (95CI)
Sex				
Female	1	1	1	1
Male	0.84(0.78, 0.90)	0.86 (0.80, 0.93)	1.20 (1.07, 1.33)	1.19 (1.08, 1.34)
Age				
<60	1	1	1	1
≥ 60	1.22 (1.13, 1.33)	1.21 (1.12, 1.31)	0.95 (0.85, 1.07)	0.93 (0.83, 1.05)
Charlson's comorbidity index score				
1	1	1	1	1
2	1.06 (0.85, 1.31)	1.13 (0.91, 1.41)	0.86 (0.64,1.17)	0.87 (0.63, 1.64)
>3	1.52 (1.23, 1.88)	1.57 (1.27, 1.95)	0.88 (0.65, 1.20)	0.89 (0.65, 1.21)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้ารับบริการในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีจำนวนลดลง จาก 3,076 ครั้ง 19.23 (SD = 13.40) เป็น 1,374 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 12.84 (SD = 8.67) สอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลทุกแผนกที่ลดลง เช่น แผนกผู้ป่วยนอกในแผนกทันตกรรม⁽¹⁰⁾ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป⁽¹¹⁾ อีกทั้งยังพบผลกระทบต่อนานวนผู้เข้ารับบริการในหลายประเทศทั่วโลก⁽¹⁵⁾ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁶⁾ โดยส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการในทุกมิติของการจัดการบริการด้านสุขภาพ การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ในทุกกลุ่มผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง และในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการบริการแบบการแพทย์วิถีใหม่⁽⁶⁾ ที่เน้นการจัดการที่ลดความแออัด มีมาตรฐานและลดความเหลื่อมล้ำ ที่ส่งผลให้บริการทางด้านสุขภาพบางประเภทที่ไม่สามารถให้บริการ⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด

19 และการปรับรูปแบบของการจัดการบริการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกประเภท

สำหรับการเข้ารับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งก่อน (aIRR = 1.21; 95% CI: 1.12, 1.31) และระหว่างการระบาด (aIRR = 0.93; 95%CI: 0.83, 1.05) และผู้ที่มีอัตราโรคร่วมมากกว่า 3 คะแนน ทั้งก่อน (aIRR = 1.57; 95%CI: 1.27, 1.95) และระหว่างการระบาด (aIRR = 0.87; 95%CI: 0.63, 1.64) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง และเป็นกลุ่มที่มีการรักษาด้วยวิธีการรักษาและโรคร่วมที่มากกว่า 1 ชนิด⁽¹⁶⁾ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและโรคร่วมยังเป็นกลุ่มที่มีความอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองเป็นสิ่งที่สถานบริการต้องมีการบริหารจัดการให้เป็นระบบ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่อการจัดการบริการทั้งในสภาวะปกติและในช่วงที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่⁽¹⁵⁾ ที่จะส่งผลการเข้าถึงบริการและเกิดผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการในช่วงของการระบาดโรคโควิดที่มีจำนวนน้อยอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยที่รอเข้ารับการรักษาในช่วงของการระบาดเข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคอง จึงส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยน้อยและการเข้าถึงบริการน้อยลงไปด้วย นอกจากนี้ข้อมูลที่ใช้นั้นเป็นการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลทั้งหมดภายในช่วงเวลาที่กำหนด จึงได้ขนาดตัวอย่างที่จำกัด และเมื่อคำนวณ อำนาจการทดสอบตามจำนวนผู้ป่วยในช่วงก่อนการระบาดจำนวน 160 ราย พบว่ามีค่าอำนาจการทดสอบที่มากกว่า ร้อยละ 90 ตามตัวแปรค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน อย่างไรก็ตาม จากจำนวนผู้ป่วยในช่วงการระบาดจำนวน 107 ราย เมื่อทำการวิเคราะห์ Pos-hoc พบว่า มีค่าอำนาจการทดสอบที่น้อยกว่าร้อยละ 80 ตามตัวแปรค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ไม่ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรค่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน กับจำนวนการมารับบริการได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วยระดับประคองด้วยอายุ อาการ ร่วมกับอัตราโรคร่วม เพื่อจะได้เป็นสัญญาณเตือนของผู้ให้บริการต่อการจัดลำดับในการให้บริการผู้ป่วย ทั้งในสถานะปกติและในการเกิดโรคอุบัติใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยระดับประคองแยกตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ เพื่อดูการเข้าถึงบริการในสถานบริการ
- 2) ควรมีการศึกษาระบบการจัดบริการแบบระบบสื่อสารทางไกลด้านการแพทย์เพื่อเพิ่มศักยภาพของการจัดบริการผู้ป่วยระดับประคอง
- 3) การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการใช้ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Latorraca C, Martimbianaco C, Pachito DV, Pacheco RL, Riera R. Mindfulness for palliative care patients. Systematic review. International Journal of Clinical Practice 2017; 71(12): e13034

2. Keramatikerman M. Efficacy of complementary and alternative therapies in cancer patients: a systematic review. Biomed J Sci & Tech Res 2020; 29(1): 22126-9.

3. Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, et al. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. J Clin Oncol 2012; 30(35): 4387-95.

4. World Health Organization. Global atlas of palliative care 2. London: World Health Organization; 2020.

5. Keene MR, Heslop LM, Sabesam SS, Glass BD. Knowledge, attitudes and practices of health professionals toward complementary and alternative medicine in cancer care – a systematic review. Journal of Communication in Healthcare 2020;13(3) 205-218.

6. Zhou J, Cao Z, Wang W, Huang K, Zheng F, Xie Y, et al. First patient management of COVID-19 in Changsha, China: a case report. BMC Infect Dis 2020; 20(824): 1-6.

7. Ministry of public health. Archives on COVID - 19 join forces, confederate, and go through crisis. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage Printing; 2020. (In Thai)

8. Lum BX, Liu EH, Archuleta S, Somanni J, Bagdasarian N, Koh CK, et al. Establishing a new normal for hospital care: a whole of hospital approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Clinical infectious disease 2020; 73: e3136-43.

9. Health Administration Division. Management on new normal medical service. Samut Sakhon: Born To Be Publishing CO.LTD; 2020. (in Thai).

10. Choosen N, Singweratham N, Nawsuwan K, Phodha T, Bunpean A. Unit cost and budget impact on dental service before and over COVID 19 outbreak, Phanomphrai, Roi Et Province. Journal of Health Science Research. 2022; 16(1):76-87. (in Thai).

11. Phodha T, Techakehakij W, Singweratham N, Thavorn K, Rochanathimoke O, Wongphan T. A costing and exploratory study of new normal medical services in post COVID-19 outbreak in Thailand. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2020. (in Thai).

12. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. Journal of Chronic Disease 1987; 40(4): 373-83.

13. DeGroot V, Beckerman H, Lankhorst G, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. Journal of Clinical Epidemiology 2003; 56: 221-9.

14. Koositamongkol S, Sindhu S, Pinyopasakul W, Nilanont Y, Redman RW. Factors influencing functional recovery in patients with acute ischemic stroke. *Collegian* 2013; 20(4): 207-13.
15. Nunez A, Sreeganga SD, Ramaprasad A. Access to Healthcare during COVID-19. *International Journal of Environmental research and Public Health* 2021; 18(6), 2980.
16. Okereke M, Ukor NA, Adbisi YA, Ogunkola IO, Iyagbaye EF, Owhor GA., Lucero-Prisno DE. Impact of COVID-19 on access to healthcare in low and middle-income countries: current evidence and future recommendations. *Int J Health Plann Mgmt* 2021; 36: 13-7.
17. Natprayut N, Samanprathan A. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. *The clinical academia* 2019; 43(6): 220-226.
18. Trejo-Ayala RA, Ramos-Penafiel CO, Santoyo-Sanchez A, Rozen-Fuller E, Olarte-Carrillo I, Collazo-Jaloma J, et al. Palliative prognostic index and Charlson comorbidity index as predictors of mortality in acute lymphoblastic leukaemia patients who are candidate for palliative care. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2018; 81(2): 79-85.