

# ผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายบริการ กรณีศึกษา โรงพยาบาลแพร่

ศรัรัตน์ มากมาย พ.บ., รัชนี นิพิฐวิวัฒน์-ผล พ.บ., สีดา พรหมรินทร์ พย.บ., พรสณี สิทธิโก พย.บ.  
โรงพยาบาลแพร่ ถนนช่อแฮ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000

## Abstract: Effectiveness of Palliative Care from Hospital to Health Service Net Work at Phrae Hospital

Makmai S., Nipitwatanapol R., Promrin S., Sitino P  
Phrae hospital, Chaw-hae Rd., Naiweing, Maungphrae, Phrae, 54000  
(E-mail: dr.srirat@yahoo.com)

**Background:** Terminal illness is active, progressive and incurable that interfere daily living. After discharged from hospital, terminal ill patients always suffer from uncontrolled symptoms such as pain which effect on health care utilization and place of death. Palliative home care was launched to solve this problem. To evaluate the efficacy of palliative care service from the hospital to health care service, the contribution of this study was reported. **Objectives:** The aim of the study was to determine the effect of palliative home care in terminal ill patients. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted from 399 medical records of decedents who registered in palliative home care service at Phrae hospital from October 2015 to March 2016. Data were analyzed with frequency, mean, standard deviation, independent t test, Chi square, Wilcoxon's rank test and logistic regression analyses. **Result:** The results showed that 339 patients received palliative care at home. Most of them were elderly with cancer and 315 patients (88.8%) had advanced care planning. The 246 patients (72.6%) suffered with pain and 201 patients (59.3%) were prescribed strong opioids for pain management. When compare patients with strong opioids used at home and the patient with no opioids use, there were more home deaths (157 patients, 79.3% compare to 29 patients, 60.4%), and less hospital days (average  $13.37 \pm 14.65$  days compare to  $19.02 \pm 18.64$  days) in patients receiving strong opioids than those who did not. However, there were no differences of hospital admission and unplanned re-admission in 28 days in both groups. The study also showed palliative patients who receiving strong opioids for pain management at home were likely to die at home (RR = 1.96, 95% CI = 1.18 - 3.25). **Conclusions:** Palliative home care in terminal ill patients with effective symptoms management especially adequate pain control resulted in more home death and less hospital days.

**Keywords:** Palliative care, Health Service Net Work

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง :** การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มักจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมักได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อาการปวด ซึ่งมีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์และสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงเกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้านของผู้ป่วย นำมาสู่การศึกษาผลของการดูแลดังกล่าวในครั้งนี้ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายบริการ **วิธีการ :** เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ทบทวนจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตแล้ว ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่และได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อที่บ้าน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมีนาคม 2560 จำนวน 339 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้สถิติ chi square, independent t test, Wilcoxon's rank test และ logistic regression **ผล :** ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน 339 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เป็นเพศชายและเพศหญิงสัดส่วน

ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วย 315 ราย (ร้อยละ 88.8) มีการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วย 246 ราย (ร้อยละ 72.6) มีอาการปวดและผู้ป่วย 201 ราย (ร้อยละ 59.3) ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยยา strong opioids เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids ที่บ้าน และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาดังกล่าว พบว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยยา strong opioids ที่บ้านมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่า (157 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.3 เปรียบเทียบกับ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.4 ตามลำดับ) และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids ที่บ้าน (เฉลี่ย  $13.37 \pm 14.65$  วัน และ  $19.02 \pm 18.64$  วัน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับยา strong opioids จัดการอาการปวดที่บ้าน มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตที่บ้าน (RR = 1.96, 95% CI = 1.18 - 3.25) แต่อัตราเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน **สรุป :** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่มีการจัดการรบกวนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดการอาการปวดอย่างเพียงพอ มีแนวโน้มที่จะลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่บ้านให้ผู้ป่วยได้

**คำสำคัญ :** การดูแลแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการสุขภาพ

## บทนำ

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมักมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอาการปวด เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักถูกยื้อชีวิตด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ และนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมักประสบปัญหาไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้อย่างเพียงพอ และขาดที่ปรึกษา เมื่ออาการกำเริบที่บ้าน ผู้ป่วยมีความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการนำการดูแลแบบประคับประคองมาร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ปัจจุบันการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในประเทศกำลังพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ องค์การอนามัยโลกเสนอให้มีการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร่วมกับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านอย่างครอบคลุม<sup>2</sup> กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายขยายการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย ให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึง และจัดระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ติดตามแก้ไขปัญหสุขภาพที่อาจเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ซึ่งการได้รับการจัดการอาการรบกวนและการได้เสียชีวิตในสถานที่ผู้ป่วยต้องการ บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง<sup>3</sup> นอกจากนี้หลายการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล จากอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและการเสียชีวิตที่บ้านสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล<sup>4-6</sup>

ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ในด้านการจัดการอาการปวดซึ่งเป็นอาการรบกวนที่พบบ่อย ที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์และสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ในด้านการจัดการอาการปวดและสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วย เป็นศึกษาแบบ retrospective cohort study ทบทวนจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตแล้ว ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร์และได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมีนาคม 2560 จำนวน 339 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้สถิติ chi square, independent t test, Wilcoxon's rank test และ logistic regression

## ผล

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 339 ราย เกินกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นเพศชายและหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย  $64.83 \pm 13.86$  ปี เกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมีผู้ดูแลที่บ้าน ส่วนใหญ่มีอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 72.6 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.3 ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยยากกลุ่ม strong opioids และร้อยละ 88.8 ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน การจัดการอาการปวดและจัดการอาการรบกวนอื่นเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีสัดส่วนมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 74.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

รายการ	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน N = 339 ราย	
	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศชาย	180	(53.1)
อายุมากกว่า 60 ปี	222	(65.5)
มีผู้ดูแลที่บ้าน	338	(99.7)
มีการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	308	(90.8)
มีอาการปวด	246	(72.6)
ได้รับยา strong opioids	201	(59.3)
ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	301	(88.8)
กิจกรรมการดูแลรักษาขณะเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ		
การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น	260	(76.7)
การดูแลในระยะท้ายของชีวิต	105	(30.9)
การดูแลด้านจิตวิญญาณ	207	(61.0)
ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต		
เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง	217	(64.0)
เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	125	(36.9)
เสียชีวิตที่บ้าน	251	(74.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids จำนวน 246 ราย

รายการ	ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids n = 198 ราย		ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids n = 48 ราย		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
	มีการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	195	(98.5)	3	
เสียชีวิตที่บ้าน	157	(79.3)	29	(60.4)	0.04
มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	182	(91.9)	42	(87.5)	0.33
ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต					
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้วางแผนอย่างน้อย 1 ครั้ง	101	(51.0)	31	(64.6)	0.09
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	78	(39.4)	17	(33.3)	0.43

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids มีการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยา strong opioids อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 98.5 และร้อยละ 79.3 ตามลำดับ ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ และไม่ได้รับยา strong opioids บรรเทาอาการปวดมีอัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เปรียบเทียบระหว่างสถานที่เสียชีวิตที่บ้านและที่โรงพยาบาล จำนวน 246 ราย

รายการ	เสียชีวิตที่บ้าน n = 186 ราย		เสียชีวิตที่โรงพยาบาล n = 60 ราย		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
	ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า	173	(93.0)	51	
ได้รับยา strong opioids บรรเทาอาการปวด	154	(84.4)	32	(53.3)	0.01
ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต					
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้วางแผนอย่างน้อย 1 ครั้ง	161	(86.6)	58	(96.7)	0.02
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	67	(36.0)	27	(45.0)	0.21

กลุ่มตัวอย่างที่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยยา strong opioids มีอัตราการเสียชีวิตที่บ้าน มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 93.0 และร้อยละ 84.4 ตามลำดับ ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตที่บ้านมีอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ลักษณะ	RR	95% CI	p-value
ได้รับยา strong opioids จัดการอาการปวดที่บ้าน	1.96	1.18 - 3.25	0.01
ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.782	0.275 - 2.763	0.816

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดที่บ้านด้วยยา strong opioids มีโอกาสเสียชีวิตที่บ้าน 1.96 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการดูแลดังกล่าว (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน 1) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยา strong opioids 2) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตที่บ้านและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล จำนวน 246 ราย

รายการ	ได้รับยา strong opioids n = 198 ราย	ไม่ได้รับยา strong opioids N = 48 ราย	เสียชีวิต ที่บ้าน n = 186 ราย	เสียชีวิต ที่โรงพยาบาล N = 60 ราย	p-value
	จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	2.10 $\pm$ 1.92	3.90 $\pm$ 3.16	2.10 $\pm$ 1.93	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	13.37 $\pm$ 14.65	19.02 $\pm$ 18.64	12.81 $\pm$ 14.11	19.98 $\pm$ 18.89	< 0.001

ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยยา strong opioids ที่บ้าน มีจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยยา strong opioids อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตที่บ้านมีจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

## วิจารณ์

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล มักจะมีการเจ็บป่วยอย่างมาก จำเป็นต้องมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดด้วยการดูแลแบบประคับประคองต่อที่บ้าน ที่ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยจัดการปัญหาให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้หลายมิติ<sup>7</sup>

อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับกวนการดำเนินชีวิต มีการศึกษาพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยจะมีการปวดรุนแรงในช่วง 3 - 6 เดือนสุดท้าย โดยเฉพาะ 3 วันก่อนเสียชีวิตจะพบอาการปวดรุนแรงมาก การควบคุมอาการปวดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน<sup>8</sup> ซึ่งการควบคุมอาการปวดอย่างเพียงพอบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน<sup>9</sup> ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนสองในสามมีอาการปวด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ภาระการดูแลผู้ป่วยจึงมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการจัดการอาการรบกวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนที่มีประสิทธิภาพ สามารถบริหารยาแก้ปวดและยาพื้นฐานในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ซึ่งการสนับสนุนจัดหาและอุปกรณ์ที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความสะดวกในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ช่วงปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต การเจ็บป่วยมีการดำเนินมากขึ้น ในการศึกษาที่ทีมสหวิชาชีพยังไม่สามารถจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ทำให้พบอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids ซึ่งต่างจากผลของหลายการศึกษาที่พบว่า การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน<sup>9,10</sup> แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดที่บ้านด้วย strong opioids มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด strong opioids เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดเบื้องต้นจากทีมดูแลสหวิชาชีพขณะให้การดูแลที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจึงใช้เวลาไม่มากในการควบคุมอาการปวดขณะรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าในที่สุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการจัดการอาการรบกวนที่บ้าน จะมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการจัดการอาการรบกวนที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>11</sup>

การเสียชีวิตที่บ้านเป็นวัฒนธรรมหนึ่งของประเทศในเอเชียตะวันออก เมื่อเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับบ้านและเสียชีวิตที่บ้าน การช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการเป็นการตอบสนองด้านจิตวิญญาณที่เป็นภารกิจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการศึกษาพบว่า การจัดการอาการปวดอย่างเพียงพอในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการจะเสียชีวิตที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในระยะวาระสุดท้ายที่บ้านและหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>12</sup> โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้านจะได้รับยา strong opioids บรรเทาอาการปวดมากกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล การได้เข้าถึงยาระงับปวดกลุ่ม strong opioids ในระยะยาวทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้มากกว่า<sup>13-14</sup> และพบว่า เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา strong opioids บรรเทาอาการปวดที่บ้าน มีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยา strong opioids โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตที่บ้านมีจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากภาระการดูแลแบบประคับประคองในการศึกษานี้

ได้มีการจัดทำตารางแผนดูแลล่วงหน้าไว้ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความต้องการการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งในด้านสถานที่และกระบวนการดูแล กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความต้องการจะเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการการดูแลที่บรรเทาความทุกข์ทรมานไม่ต้องการทำหัตถการเพื่อฟื้นคืนชีพ ดังนั้น จึงพบว่าภาระการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสหวิชาชีพในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสงบในระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างครอบคลุมโดยเฉพาะอาการปวด มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าและได้เสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการได้มากกว่า สอดคล้องกับข้อสรุปในหลายการศึกษาที่ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเสียชีวิตที่บ้าน<sup>15-17</sup>

## สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ระบบบริการสุขภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในการจัดการอาการรบกวนที่บ้านโดยเฉพาะการจัดการอาการปวด มีแนวโน้มที่จะสามารถลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านและเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการ

## ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต พบอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนเกิดขึ้น แม้จะได้รับการดูแลจากทีมดูแลสหวิชาชีพ เนื่องจาก การดำเนินโรคที่มากขึ้นจนไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จากเหตุผลดังกล่าว การจัดการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นการดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการจัดการอาการรบกวนด้วยการดูแลในสถานพยาบาลถึงบ้าน (Hospice) ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรบกวนกำเริบ ร่วมกับการดูแลที่บ้านในช่วงที่ผู้ป่วยอาการสงบหรืออยู่ในวาระใกล้เสียชีวิต จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงสุวรรณา ตีระวนิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร์รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล นายกสมาคมบริบาลระยะท้าย และคุณสุรางค์รัตน์ พร้องพาน

## References

1. Benzar E, Hansen L, Kneitel AW, Fromme EK .Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis. *J palliat Med* 2011; 14:65-9.
2. Connor SR, Bermedo MC, editors. WHO global atlas of palliative care at the end of life, n.p.: World Health Organization; 2014.
3. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 2004; 291:88-93.
4. ไหมมูนี่ะ คลั่งซ้อง, สกกล สิงหะ, พรทิพา บรรทมสินธุ์. พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารโรคมะเร็ง* 2553; 30:45-54 .
5. Hui D, Elsayem A, Palla S, De La Cruz M, Li Z, Yennurajalingam S, et al. Discharge outcomes and survival of patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med* 2010; 13:49-57.
6. ชูติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาศวิท, อรศรี อินททำไม้, อาทิตยา เทียนไพรวลัย. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. *นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*; 2550.
7. Yeager A, LaVigne AW, Rajvanshi A, Mahato B, Mohan R, Sharma R, et al. Can Support: a model for home-based palliative care delivery in India. *Ann Palliat Med* 2016; 5:166-71.
8. De Jong JD, Clarke LE. What is a good death? Stories from palliative care. *J Palliat Care* 2009; 25:61-7.
9. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. *JAMA* 2000; 284:2877-85.
10. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J* 2010; 16:423-35.
11. Youens D, Moorin R. The Impact of Community-Based Palliative Care on Utilization and Cost of Acute Care Hospital Services in the Last Year of Life. *J Palliat Med*. 2017; 20:736-44.
12. Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, Sumikawa Y, Hayashi Y. Predictors of home death of home palliative cancer care patients: a cross-sectional nationwide survey. *Int J Nurs Stud* 2011; 48:1393-400.
13. Okamoto Y, Fukui S, Yoshiuchi K, Ishikawa T. Do Symptoms among Home Palliative Care Patients with Advanced Cancer Decide the Place of Death? Focusing on the Presence or Absence of Symptoms during Home Care. *J Palliat Med* 2016; 19:488.
14. Grunfeld E, Urquhart R, Mykhalovskiy E, Folkes A, Johnston G, Burge FI, et al. Toward population-based indicators of quality end-of-life care: testing stakeholder agreement. *Cancer* 2008; 112:2301-8.
15. Gomes B, Calanzani N, Koffman J, Higginson IJ. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med* 2015; 13:235.
16. Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC, et al. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ* 2014; 348:g3496.
17. Nagaviroj K, Anothaisintawee T. A Study of the Association between Multidisciplinary Home Care and Home Death among Thai Palliative Care Patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2017; 34:397-403.