

ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Palliative Care on the Life Sustaining Treatment in End-of-Life Care of Cancer Patients

Natchanok Suetrong, M.D., Jarumon Chinoraso, M.D., Chuenrutai Yeekian, Ph.D., Oranicha Kajornboon, M.D.

Outpatient and family medicine department, Queen Savang Vaddhana Memorial Hospital, Thai Red Cross society

Corresponding author: Jarumon Chinoraso (Jarumon@somdej-mec.or.th)

Received: September 15, 2025 Revised: November 18, 2025 Accepted: December 2, 2025

ABSTRACT

BACKGROUND: In the terminal stage of cancer, patients frequently experience severe symptoms that require palliative care to manage distressing conditions effectively. However, evidence on the effects of palliative care on the utilization of life-sustaining treatments among hospitalized cancer patients at the end of life in Thailand remains limited.

OBJECTIVES: To compare life-sustaining treatment utilization and associated charges between patients receiving palliative care versus usual care and to examine the association between advance care planning and end-of-life life-sustaining treatment decisions.

METHODS: This retrospective study included 181 cancer patients aged 18 years and older who died at Queen Savang Vaddhana Memorial Hospital between January 1, 2023, and January 1, 2025. The patients were divided into two groups: 87 cases received palliative care, and 94 cases received standard care. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

RESULTS: The patients in the palliative care group demonstrated significantly reduced utilization of life-sustaining treatments and lower associated charges ($p=0.006$ and $p=0.033$, respectively). Advance care planning was significantly associated with avoidance of mechanical ventilation and cardiopulmonary resuscitation (CPR) ($p<0.001$ for both interventions); however, no significant association was observed with central venous catheter insertion ($p=0.062$). Additionally, the collaborative palliative care group had a significantly lower rate of hospital readmissions within the three months before death ($p<0.001$).

CONCLUSIONS: Palliative care reduces mechanical ventilation and CPR use, thereby decreasing end-of-life healthcare charges. Furthermore, advance care planning promotes alignment of treatment with patient preferences and values.

KEYWORDS: palliative care, advance care planning, life-sustaining treatment, terminal cancer care

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความทุกข์ทรมานซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยทั้งความเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายจะมีการดำเนินโรคและคุณภาพชีวิตที่ถดถอยลงอย่างรวดเร็ว¹ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีอาการกำเริบป่วยและความรุนแรงมากขึ้น โดยมีอาการทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและหลากหลาย การรักษาแบบประคับประคองมีจุดประสงค์ช่วยจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีประสิทธิภาพ คือ รักษาภาวะแทรกซ้อนที่สามารถรักษาได้ มีการดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตเหมาะสมที่สุดก่อนเสียชีวิตอย่างสงบ ตลอดจนมีการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต²

ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถนำมาช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างหลากหลาย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจึงต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ และนำไปสู่การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 45.7 ได้รับการรักษาที่รุกรานต้องใช้เครื่องพยุงชีพ และต้องเข้ารักษาตัวในไอซียู³ ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

การเสียชีวิตในโรงพยาบาลก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายประมาณ 2 เท่าของการเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยจำนวนมากใช้เงินเป็นค่ารักษาพยาบาลในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตมากกว่าค่ายังชีพและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในชีวิต⁴ ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8 ถึง 11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10 ถึง 29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน⁵ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่รายงานค่าใช้จ่ายในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิตโดยตรง ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่มุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรค

ร้ายแรง โดยรักษาอาการเจ็บปวดหรือปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมร่วมกับสหวิชาชีพ โดยประกอบด้วย การจัดการอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ การให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณ ตลอดจนการสื่อสารเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มตั้งแต่ระยะต้นของโรค ควบคู่กับการรักษาเฉพาะโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมจนถึงวาระสุดท้าย (End of life) ซึ่งหมายถึงระยะเวลาหลายสัปดาห์หรือเดือนก่อนเสียชีวิต เพื่อสนับสนุนครอบครัวให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม⁶

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มีการก่อตั้งคลินิกชีวรักษ์เพื่อการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ พ.ศ. 2566 มีการประเมินและจัดการอาการทุกข์ทรมาน และมีการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกชีวรักษ์ประมาณ 130 ราย และมีผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวน 123 ราย ซึ่งจำนวนดังกล่าวมีผู้ได้รับการวางแผนล่วงหน้าโดยทีมประคับประคองร้อยละ 22 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และยังไม่มีการติดตามประเมินผลของการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลแบบประคับประคองต่อการรักษาพยุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการทำหัตถการพยุงชีพ (Life-sustaining treatment) หมายถึง การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายเข้าหลอดเลือดกลาง การกอดนวดหัวใจ เพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์นำมาพัฒนาคุณภาพการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อลดความทุกข์ทรมานและค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นของผู้ป่วยมะเร็งในวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการรักษาพยุงชีพและค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยมะเร็งในวาระสุดท้ายของชีวิตระหว่างกลุ่มดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มดูแลปกติ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนล่วงหน้ากับการรักษาพยุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยการศึกษาได้รับ การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (เลขที่ 25/2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและเสียชีวิตของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568

ผู้ป่วยในและเสียชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาเป็นผู้ป่วยในและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีประเภทการจำหน่ายเป็นผู้เสียชีวิตหรือรหัสการจำหน่ายที่บันทึกในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นรหัส 9

การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครจซี่ และมอร์แกน⁷ คาดประมาณขนาดตัวอย่างจากข้อมูลปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 123 และ 180 ราย คาดประมาณได้ขนาดตัวอย่าง 127 ราย อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อมูลในช่วงเวลาที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ โดยลงบันทึกรหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Disease and Related Health (ICD-10) รหัส C00-C97 และ D00-D48 และเสียชีวิตที่โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการรักษา มะเร็งก่อนเสียชีวิตหรือ ข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ไม่สมบูรณ์

จากการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง พบว่า ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ทั้งหมด 278 ราย ในจำนวนนี้ ถูกคัดออกจากการวิจัย 97 ราย เนื่องจากไม่มีประวัติการรักษาโรคมะเร็งมาก่อนและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ไม่สมบูรณ์ จึงเหลือผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 181 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มดูแลแบบประคับประคอง 87 ราย และกลุ่มดูแลปกติ 94 ราย (Figure 1)

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ โรคมะเร็งที่ได้รับวินิจฉัย โรคร่วม ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง (เดือน) จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำ (Revisit) ในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต เหตุการณ์การพุ่งชีพ (การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่ออัยชีวิต การใส่สายหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ) ค่าใช้จ่าย (บาท) (ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายรวม ส่วนเบิกได้ ผู้ป่วยจ่ายและส่วนลด) ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลกับทีมประคับประคอง แผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยสืบค้นข้อมูลจากโปรแกรมสารสนเทศของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับใช้ในการบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 28.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลที่มีการกระจายตัวแบบปกติ ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐานและค่าควอไทล์ที่ 1 ถึงควอไทล์ที่ 3 สถิติเปรียบเทียบข้อมูลแบบต่อเนื่อง ระหว่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน ข้อมูลที่มีการกระจายตัวแบบปกติ ใช้สถิติที่เป็นอิสระ (Unpaired t-test) ข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test) สถิติ

เปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นการจัดกลุ่มระหว่าง 2 กลุ่มขึ้นไปที่กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เป็นอิสระจากกัน ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

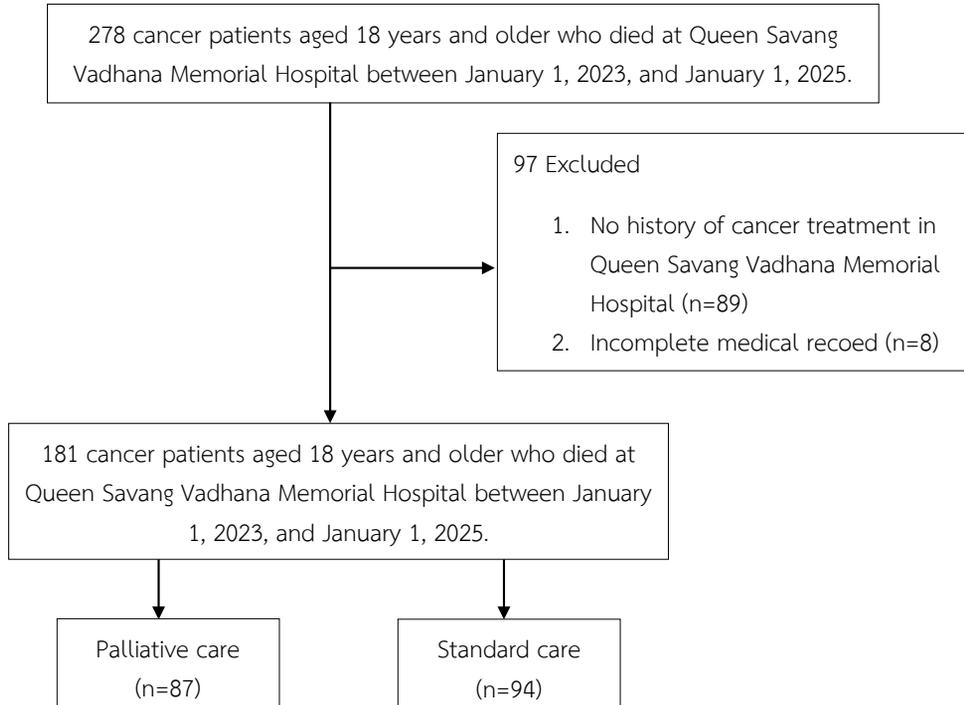


Figure 1 Flow Included Patient and Analysis

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 181 ราย เป็น กลุ่มดูแลแบบประคับประคอง 87 ราย และกลุ่มดูแลปกติ 94 ราย การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สัดส่วนเพศหญิง/ชาย ค่าดัชนีมวลกาย ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา การวินิจฉัยหลัก ระยะของมะเร็ง ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง และ

การวินิจฉัยในวาระสุดท้ายของชีวิต ระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มดูแลปกติมีร้อยละของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (9 ร้อยละ 9.6 vs. 1 ร้อยละ 1.1, $p=0.013$) (Table 1)

Table 1 Study Population Baseline Characteristic

Characteristic	Palliative care (n=87)	Standard care (n=94)	p-value
Age (year), mean±SD	57.8±13.9	61.32±14.2	0.09
Sex, n(%)			
Female	49 (56.3)	47 (50)	0.39
Male	38 (43.7)	47 (50)	
BMI(kg/m ²), mean±SD	19.83±3.5	20.6±4.3	0.16
Religion, n(%)			
Buddhism	81 (93.1)	91 (96.8)	0.19
Christianity	6 (6.9)	2 (2.1)	
Islam	0 (0)	1 (1.1)	

Table 1 Study Population Baseline Characteristic (Continue)

Characteristic	Palliative care (n=87)	Standard care (n=94)	p-value
Status, n(%)			
Couple	63 (72.4)	67 (71.3)	0.86
Non-couple	24 (27.6)	27 (28.7)	
Healthcare entitlement, n(%)			
Universal Coverage	29 (33.3)	35 (37.2)	0.84
Social Security	38 (43.7)	37 (39.4)	
Civil Servant Medical Benefit	8 (9.2)	10 (10.6)	
Cash	8 (9.2)	10 (10.6)	
Others (e.g. Red Cross Society Employee benefit)	4 (4.6)	2 (2.1)	
Diagnosis , n(%)			
Hepatobiliary cancer	16 (18.4)	15 (15.9)	0.48
Lung cancer	14 (16.1)	20 (21.3)	
Gynecological cancer	13 (15.6)	8 (8.5)	
Breast cancer	11 (12.6)	14 (14.9)	
Colorectal cancer	8 (9.2)	10 (10.6)	
Gastric cancer	7 (8)	1 (1.1)	
Others (e.g. Urological cancer)	18 (20.1)	26 (27.7)	
stage			
1	0 (0.0)	1 (1.1)	0.06
2	1 (1.1)	1 (1.1)	
3	15 (17.2)	21 (22.3)	
4	71 (81.6)	71 (75.5)	
Time since cancer diagnosis			
Less than 6 months	3 (3.4)	8 (8.5)	0.19
1-6 months	16 (18.4)	25 (26.6)	
6-12 months	21 (24.1)	16 (17)	
More than 12 months	47 (54)	45 (47.9)	
Comorbid disease			
Non-Communicable disease	26 (29.9)	61 (70.1)	0.10
Chronic kidney disease	3 (3.4)	4 (4.3)	0.77
Cardiovascular disease	1 (1.1)	9 (9.6)	0.013
Cerebrovascular disease	3 (3.4)	3 (3.2)	0.92
Cirrhosis	11 (12.6)	12 (12.8)	0.98
Benign prostate hyperplasia	0 (0.0)	4 (4.3)	0.05
HIV infection	0 (0.0)	2 (2.1)	0.17

สำหรับอาการที่เข้ารับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มาด้วยอาการเหนื่อยและซีมัสสัน 81 ราย (ร้อยละ 44.8) และ 28 ราย (ร้อยละ 15.5) ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดและมะเร็งปอดเป็นส่วนใหญ่ 28 ราย (ร้อยละ 15.5) และ 21 ราย (ร้อยละ 11.6) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอาการแสดง

ได้แก่ เหนื่อย ซีมัสสัน ปวด คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และอื่น ๆ เช่น อาเจียนเป็นเลือดและช้ำ ระหว่างกลุ่มดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มดูแลปกติพบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มดูแลปกติมีร้อยละของอาการใช้มากกว่ากลุ่มดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (19 ร้อยละ 20.2 vs. 8 ร้อยละ 9.2, $p=0.038$) (Table 2)

Table 2 Clinical Symptoms between Palliative Care and Standard Care Group in End of Life

End of life	Total (n=181)	Palliative care (n=87)	Standard care (n=94)	p-value
Clinical manifestations, n(%)				
Dyspnea	81 (44.8)	40 (46.0)	41 (43.6)	0.75
Alteration of conscious	28 (15.5)	18 (20.7)	10 (10.6)	0.06
Fever	27 (15.0)	8 (9.2)	19 (20.2)	0.038
Pain	21 (11.6)	11 (12.6)	10 (10.6)	0.17
Nausea and vomiting	6 (3.3)	3 (3.4)	3 (3.19)	0.35
Fatigue	6 (3.3)	2 (2.3)	4 (4.3)	0.92
Others (e.g. bleeding, seizure etc.)	12 (6.6)	5 (5.7)	7 (7.4)	0.51
Diagnosis				
Sepsis	28 (15.5)	15 (17.2)	13 (13.8)	0.52
Lung cancer	21 (11.6)	7 (8)	14 (14.9)	0.15
Pleural effusion	17 (9.4)	11 (12.6)	6 (6.4)	0.14
Pneumonia	17 (9.4)	6 (6.9)	11 (11.7)	0.26
Liver failure	11 (6.1)	7 (8.0)	4 (4.3)	0.28
Breast cancer	8 (4.4)	3 (3.4)	5 (5.3)	0.54
Cholangitis	4 (2.2)	1 (1.1)	3 (3.2)	0.35
Spontaneous bacterial peritonitis	7 (3.9)	2 (2.3)	5 (5.3)	0.29
Others (e.g. Upper GI bleed, febrile neutropenia etc.)	68 (37.6)	35 (40.2)	33 (35.2)	0.18

ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มดูแลปกติมีร้อยละตัดสินใจรับการรักษาพุงซีฟมากกว่ากลุ่มดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (29 ร้อยละ 30.9 vs. 12 ร้อยละ 13.8, $p=0.006$) โดยกลุ่มดูแลปกติมีร้อยละการใส่ท่อช่วยหายใจ การกดขนาดหัวใจ การใส่สายหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจมากกว่ากลุ่มดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ กลุ่มดูแลปกติมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนที่เบิกได้และจำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนที่เบิกได้

44,303.0 บาท (15,604.6 - 90,816.6) vs. 27,922.5 บาท (12,545.7 - 62,030.0), $p=0.033$) (จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำ 3.6 ± 2.2 vs. 1.9 ± 3 , $p < 0.001$) (Table 3)

ภายในกลุ่มที่ดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด 87 ราย มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดูแลกลับที่ทีมประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจไม่รับและรับการรักษาพุงซีฟแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (2.05 ± 0.96 vs. 1.25 ± 0.45 เดือน, $p=0.006$) การวางแผนล่วงหน้าที่มีสัมพันธ์กับการรักษาพุงซีฟในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจและการกดขนาดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่วางแผน

ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มากถึงร้อยละ 92.5 และผู้ป่วยที่วางแผนไม่มีการกวดหัวใจเพื่อ ยื้อชีวิต มีอัตราการไม่มีการกวดหัวใจที่มากถึงร้อยละ 100 (Table 4)

Table 3 Life-Sustaining Treatments, End-of-Life Costs, Length of Hospital Stay, and 3-Month Readmission Rates between the Palliative Care and the Standard Care Group

	Palliative care (n=87)	Standard care (n=94)	p-value
Life-sustaining treatment, n (%)	12 (13.8)	29 (30.9)	0.006
Endotracheal tube	10 (11.5)	25 (26.6)	0.010
CPR	1 (1.1)	8 (8.5)	0.023
Central venous catheter	2 (2.3)	14 (14.9)	0.003
Inotropic drug	3 (3.4)	15 (16.0)	0.005
Charges (bath), Median(Q1-Q3)			
Total	41,471.0 (21,839.5 - 11,0278.5)	73,268.3 (24,748.3 - 11,9713.8)	0.05
Covered by entitlement	27,922.5 (12,545.7 - 6,2030.0)	44,303.0 (15,604.6 - 90,816.6)	0.033
Self-paid	1,113.0 (500-9,074.0)	1,026.8 (361.8-5,920.0)	0.42
Discount	12,000 (5002.0 - 20685.0)	13,351 (5,365.0 - 29,292.5)	0.34
Length of stay (day), median(Q1-Q3)	8 (4-13)	8 (3-14)	0.90
3-month readmission, Mean±SD	1.9±1.3	3.6±2.2	<0.001

Table 4 The Association between Advanced Care Plan and Life-Sustaining Treatment at the End of Life in the Palliative Care Group

	Life-sustaining treatment in palliative care group		
	Palliative care (n=87)		p-value
	Prolong life (n=12)	Comfort care (n=75)	
Duration of palliative care (month), mean±SD	1.25±0.45	2.05±0.96	0.006
Advance care plan and life-sustaining treatment in the palliative care group			
End of life	Advance care plan (n=87)		p-value
Endotracheal tube, n(%)	Accept (n=7)	Deny (n=80)	
Inserted	4 (57.1)	6 (7.5)	<0.001
Not inserted	3 (42.9)	74 (92.5)	
CPR	Accept (n=3)	Deny (n=84)	
Performed	1 (33.3)	0 (0.0)	<0.001
Not performed	2 (66.7)	84 (100)	
Central venous catheter	Accept (n=9)	Deny (n=78)	
Inserted	1 (11.1)	1 (1.3)	0.06
Not inserted	8 (88.9)	77 (98.7)	

อภิปรายผล

การดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อการลดการ รักษาทุกข์ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในแง่ของอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ การทำถาดขนาดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต การใส่สายหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการใช้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดการแทรกแซงทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นในระยะท้าย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น⁸

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลร่วมกับทีมประคับประคองมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่า การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการรักษามาตรฐานมีส่วนช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายโดยรวมของระบบสุขภาพ⁹ ผลวิจัยสนับสนุนว่า ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเพื่อพัฒนาต่อจากงานวิจัยและส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการดูแลอย่างยั่งยืน¹⁰ ทั้งยังช่วยลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพและการจัดการอาการที่เหมาะสม

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลร่วมกับทีม

ประคับประคองยังคงมีอาการเหนื่อย ซึม สับสน และปวดใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลประคับประคอง ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงความท้าทายในการจัดการอาการที่ยังคงต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ได้รับการดูแลโดยทีมประคับประคองสั้น โดยเฉลี่ยเพียง 1 ถึง 2 เดือนก่อนเสียชีวิต แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาระบบ และส่งเสริมการดูแลประคับประคองตั้งแต่ระยะต้นของโรค

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การออกแบบแบบย้อนหลังที่อาศัยข้อมูลเวชระเบียน ซึ่งอาจมีข้อบกพร่องของข้อมูลและความไม่สมบูรณ์ อีกทั้งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ทำให้ข้อสรุปอาจไม่สามารถอธิบายถึงบริบทในวงกว้างได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นนี้สะท้อนถึงความสำคัญของการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองกับการรักษามาตรฐาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดการใช้การรักษาที่ไม่จำเป็น และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ

ผลประโยชน์ทับซ้อน ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแรงบันดาลใจ นายแพทย์ธีรเมธ วีระวานิช และเจ้าหน้าที่คลินิกชีวรัศมี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

เอกสารอ้างอิง

- Chaiviboontham S, Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. *Int J Palliat Nurs* 2021;27:132-46.
- Dokmai P, Meemon N, Paek SC, Tayjasanant S. Structure and process of palliative care provision: a nationwide study of public hospitals in Thailand. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 7];21(1):616. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8240380/pdf/12913_2021_Article_6623.pdf
- Sriwiang P. Palliative care in Thailand. In: Siriprasasiri P, Horatanaruang D, editors. *Handbook of palliative and end-of-life care for healthcare professionals*. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2020. p.7-16.
- Issarachanwanich S, editor. *Advance care planning*. Nonthaburi: National Strategy Project for End-of-Life Care Promotion; 2016.
- Siriprasasiri P, Horatanaruang D, editors. *Guidelines for end-of-life care 2014*. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
- World Health Organization. *Palliative care* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- Bukhari SAR. Sample size determination using Krejcie and Morgan table [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 20]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/349118299_Sample_Size_Determination_Using_Krejcie_and_Morgan_Table
- Mah SJ, Carter Ramirez DM, Schnarr K, Eiriksson LR, Gayowsky A, Seow H. timing of palliative care, end-of-life quality indicators, and health resource utilization. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024

- [cited 2025 Aug 15];7(10):e2440977. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825394>
9. Luta X, Ottino B, Hall P, Bowden J, Wee B, Droney J, et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 17];20(1):89. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8223342/pdf/12904_2021_Article_782.pdf
10. Hughes MC, Vernon E, Hainstock A. The effectiveness of community-based palliative care programme components: a systematic review. *Age Ageing* [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 17];52(9):afad175. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10517647/pdf/afad175.pdf>

ORIGINAL ARTICLE

ผลของการดูแลแบบประคับประคองต่อการรักษาพุงซีฟในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง

นาถชนก ซื่อตรง, พ.บ., จารุณณ์ท์ ชิโนรส, พ.บ., ชื่นฤทัย ยี่เขียน, พ.ว., พร.ด., อรณิชา ขจรบุญ, พ.บ.

แผนกผู้ป่วยนอกและเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาอากาศไทย

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: จำนวนผู้ป่วยมะเร็งในไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งในวาระสุดท้ายมักมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาผลของการดูแลแบบประคับประคองต่อการรักษาพุงซีฟในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งยังมีไม่มาก

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอัตราการรักษาพุงซีฟและค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยมะเร็งในวาระสุดท้ายของชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มดูแลปกติ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนล่วงหน้ากับการรักษาพุงซีฟในวาระสุดท้ายของชีวิต

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งอายุตั้งแต่ 18 ปี จำนวน 181 ราย ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (87 ราย) และการดูแลแบบปกติ (94 ราย) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษา: กลุ่มดูแลแบบประคับประคองได้รับการรักษาพุงซีฟน้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลปกติ และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.006$ และ $p=0.033$ ตามลำดับ) การวางแผนล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ทำการกดนิ้วหัวใจเพื่อยื้อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม อัตราการใส่สายหลอดเลือดดำส่วนกลางระหว่าง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p=0.062$) นอกจากนี้ กลุ่มดูแลแบบประคับประคองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

สรุป: การดูแลร่วมแบบประคับประคองช่วยลดการใส่ท่อช่วยหายใจและการกดนิ้วหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและค่าใช้จ่ายในวาระสุดท้าย รวมถึง การวางแผนล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามความประสงค์ในวาระสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การวางแผนล่วงหน้า, การพุงซีฟ, วาระสุดท้ายของชีวิต