



# ผลของการคัดกรองผู้ป่วยระดับประคองด้วยแบบคัดกรองแบบสั้น โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

ฉัตรชัย งานไว, พ.บ. (ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว)\*

## บทคัดย่อ

การดูแลระดับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยมีโรคคุกคามต่อชีวิตหรือโรคที่รักษาไม่หายโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานซึ่งการดูแลระดับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย โดยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้เข้าถึงการดูแลระดับประคองส่งผลให้มีการนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ได้ทำการรักษาที่อาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต การให้เลือด ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ซึ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่มภาระงาน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการคัดกรองผู้ป่วยระดับประคองภายหลังการใช้แบบคัดกรองแบบสั้นในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

**กลุ่มตัวอย่างและวิธีการ :** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ศึกษาผลการคัดกรองผู้ป่วยระดับประคองก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้นในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ โดยเปรียบเทียบผลการคัดกรองก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้นระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2562 กับผลการคัดกรองหลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้นระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - วันที่ 31 มีนาคม 2563 โดยศึกษาข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์ ที่ลงบันทึกในเวชระเบียน และข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, Palliative Performance Scale

**ผลการศึกษา :** ผลการคัดกรองก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้นมีการปรึกษา 99 ครั้ง เป็นผู้ป่วยชนิดมะเร็ง 64 ราย (64.6%) ผู้ป่วยชนิดไม่ใช่มะเร็ง 35 ราย (35.4%) Palliative Performance Scale เฉลี่ย 34.7 คะแนน โรคที่ปรึกษามากที่สุด คือ Cholangiocarcinoma 16 ราย (16.2%) รองลงมาคือ Sepsis 11 ราย (11.1%) โรคถัดมาคือ CKD stage 5 10 ราย (10.1%)

ผลการคัดกรองหลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้นมีการปรึกษา 133 ครั้ง เป็นผู้ป่วยชนิดมะเร็ง 77 ราย (53.4%) ผู้ป่วยชนิดไม่ใช่มะเร็ง 62 ราย (46.6%) Palliative Performance Scale เฉลี่ย 46.2 คะแนน โรคที่ปรึกษามากที่สุด คือ Sepsis 24 ราย (18%) รองลงมาคือ Liver cancer 15 ราย (11.3%) โรคถัดมาคือ CKD stage 5 14 ราย (10.5%)

**สรุป :** การใช้แบบคัดกรองแบบสั้นเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมความตระหนักในการคัดกรองผู้ป่วยระดับประคองและมีความเข้าใจเกณฑ์การคัดกรองมากขึ้น ส่งผลให้คัดกรองผู้ป่วยระดับประคองได้มากขึ้น มีอัตราส่วนของผู้ป่วยชนิดไม่ใช่มะเร็งเพิ่มมากขึ้น และมีการปรึกษาเร็วขึ้น

**คำสำคัญ :** การดูแลระดับประคอง, การคัดกรอง

\*โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ



## Outcome of short palliative screening form in PhuKhieoChalermPraKiat Hospital Chaiyaphum Province

Chutchai Nganwai, M.D. (Family Medicine)\*

### Abstract

Palliative care is specialized medical care for patients with life-threatening or incurable illnesses. It emphasizes the prevention and relief of painful symptoms. The goal of palliative care is to alleviate the quality of life of the patient. A large number of patients do not have access to palliative care, resulting in frequent admissions and treatments that do not benefit the diagnosis of the illness such as endotracheal intubation, intensive care, blood transfusion, and using antibiotics. These treatments unnecessarily increase the medical cost and burden of staff.

**Objective :** To examine the result of screening palliative care patients after using short palliative screening form at PhuKhieoChalermPraKiat Hospital

**Method and material :** This research is a retrospective study that examines the result of screening palliative care patients after using short palliative screening form at PhuKhieoChalermPraKiat Hospital, Chaiyaphum Province. The data were collected from 1 April - 30 September 2019 to compare with the result of short palliative screening form collected from 1 October 2019 - 31 March 2020. The data were retrieved from diagnostic data in the medical records and personal information, including gender, age, and Palliative Performance Scale.

**Results :** There were 99 cases using the traditional screening method, including 64 cases of cancer (64.6%) and 35 cases of non-cancer (35.4%). The mean Palliative Performance Scale was 34.7. The most consulted disease was cholangiocarcinoma, accounting for 16 cases (16.2%), followed by 11 cases of sepsis (11.1%), and 10 cases of CKD stage 5 (10.1%).

There were 133 cases using the short palliative screening form, including 77 cases of cancer (53.4%) and 62 cases of non-cancer (46.6%). The mean Palliative Performance Scale was 46.2. The most consulted disease was sepsis, accounting for 24 cases (18%), followed by 15 cases of liver cancer (11.3%), and 14 cases of CKD stage 5 (10.5%).

**Conclusion :** The short palliative screening form is a tool that raises awareness of identifying palliative care patients and allows staff to understand the screening criteria better. Therefore, the short screening method can identify more palliative care patients, show a higher rate of non-cancer cases, and facilitate faster consultation.

**Keywords :** palliative care, screening

\*PhuKhieoChalermPraKiat Hospital Chaiyaphum Province



## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นวิธีการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาเนื่องจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการสืบค้นปัญหาของความเจ็บป่วยและปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ<sup>(1,2)</sup> ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของญาติที่ต้องสูญเสียผู้ป่วยไป<sup>(3)</sup>

อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก<sup>(4)</sup> รวมทั้งในประเทศไทย<sup>(5)</sup> องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปี จะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต<sup>(6)</sup> โดยช่วงท้ายของชีวิตนั้นผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด หายใจหอบเหนื่อย กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น<sup>(3)</sup> เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมักได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรับการพุงซีฟทุกชนิด หากไม่ได้รับการดูแลประคับประคองตั้งแต่นั้น<sup>(6)</sup>

องค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคที่เรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งมีจำนวนมากกว่าเสียชีวิตจากมะเร็งมาก<sup>(7)</sup> แต่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งก็มีการเข้าถึงการดูแลประคับประคองมีจำนวนน้อยมากและมีการส่งต่อเพื่อปรึกษาทีมดูแลประคับประคองช้า<sup>(8)</sup> มีการศึกษาในสกอตแลนด์พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งเพียงร้อยละ 20 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต เทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตถึง ร้อยละ 75<sup>(9)</sup> การศึกษาในประเทศไต้หวันจะเป็นประเทศที่มีดัชนีคุณภาพการเสียชีวิตสูงที่สุดในเอเชียพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 20<sup>(10)</sup> และการศึกษาในประเทศเยอรมัน พบว่า ผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็งมักมีความทุกข์ทรมานจากโรคและต้องการการดูแลที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็ง แต่เข้าถึงการดูแลประคับประคอง ได้น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็ง<sup>(11)</sup>

สาเหตุที่มีการส่งต่อเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองช้าเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความเชื่อว่าจะให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลประคับประคองก็ต่อเมื่อไม่มีอะไรที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยแล้ว<sup>(12)</sup> แพทย์ขาดความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง รวมถึงไม่ตระหนักเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าเช่น การรักษาเพื่อฟื้นคืนชีพ การกวดหัวใจ ฟื้นชีพการมีชีวิต เป็นต้น ทำให้ไม่ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลประคับประคอง<sup>(13)</sup> ในขณะที่ WHO แนะนำให้ส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่นั้นของการวินิจฉัยโรค อีกทั้งประเด็นนี้ไม่ได้ถูกสอนมากในขณะเรียนจึงทำให้เกิดความยากในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ จึงต้องมีการจัดการโดยการสร้างเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยที่เจาะจงโดยอาจจะเป็นคะแนน อาการของโรค วินิจฉัยโรค หรือพิจารณาจากสมรรถนะการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจ<sup>(12,14)</sup>

มีการศึกษาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>(15)</sup> รวมทั้งอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ก็ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม<sup>(16)</sup> ทำให้เกิดความพึงพอใจ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>(17)</sup> โดยการศึกษาในประเทศแคนาดาศึกษาผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของการดูแลประคับประคองตั้งแต่นั้นในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผลลัพธ์ของการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ติดตามเดือนที่ 4 เกือบทุกตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพชีวิต<sup>(18)</sup>

อีกทั้งการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่นั้นที่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคคุกคามต่อชีวิตหรือโรคที่รักษาไม่หาย ลดโอกาสในการรักษาพุงซีฟและเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตลง 6 อีกทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายและภาระงานของโรงพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย<sup>(19)</sup> มีการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 4 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงการดูแลประคับประคองมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาในการรักษาในหอผู้ป่วยในน้อยกว่า 6,900 ดอลลาร์ เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ และพบว่ามีการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยกว่า ซึ่งทำให้ในแต่ละปีรัฐนิวยอร์กลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ประมาณ 84-252 ล้านดอลลาร์ต่อปี<sup>(20)</sup>

โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลระดับ m1 ดูแลประชากรในเขต อำเภอภูเขียว และเป็นแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลในเครือข่าย 3 แห่ง มีการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ มีการรับปรึกษาในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จัดตั้งคลินิกดูแลประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือติดตามต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมไปถึงติดตามดูแล ครอบครัวหลังการสูญเสียร่วมด้วย จากการทบทวน ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยประคับประคอง พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ประคับประคองที่ไม่ได้รับการดูแล ประคับประคองจำนวนมาก ส่งผลให้มีการนอน โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ได้ทำการรักษาที่อาจจะไม่เกิด ประโยชน์ต่อพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เช่น การใส่ท่อ ช่วยหายใจ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต การให้เลือด ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ซึ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลและเพิ่มภาระงาน อีกทั้งผู้ป่วยชนิดไม่ไ้ ะเร็งมีการปรึกษาในอัตราส่วนที่น้อย จากการทบทวน หาสาเหตุพบว่ามีความลำบากใจในการพยากรณ์โรคผู้ ป่วยและลำบากใจในการคัดกรองว่าผู้ป่วยรายใด เข้า เกณฑ์ประคับประคอง

จากข้อมูลที่ได้ทบทวนทำให้ผู้วิจัยพัฒนา แบบคัดกรองแบบสั้นขึ้นมาและศึกษาผลการคัดกรอง ผู้ป่วยประคับประคอง ว่าสามารถคัดกรองผู้ป่วย ได้มากขึ้นและสามารถเพิ่มอัตราส่วนของผู้ป่วย ไม่ไ้มะเร็งได้มากน้อยอย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการคัดกรองผู้ป่วย ประคับประคองของแบบคัดกรองแบบสั้น ในหอ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
2. เพื่อศึกษาผลการคัดกรองผู้ป่วย ประคับประคองชนิดมะเร็งและชนิดไม่ไ้มะเร็งของ แบบคัดกรองแบบสั้น ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ย้อนหลัง (Retrospective study) ศึกษาผลการ คัดกรองผู้ป่วยประคับประคองก่อนและหลังใช้ แบบคัดกรองแบบสั้นในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูเขียว เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ โดยกลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 ถึง 31 มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้น คือผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผ่านเกณฑ์ การคัดกรองผู้ป่วยประคับประคอง โดยเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2562 และกลุ่มหลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้นคือผู้ป่วย ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูเขียว เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผ่านเกณฑ์คัดกรอง ผู้ป่วยประคับประคองโดยใช้แบบคัดกรองแบบสั้น โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 มีนาคม 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**เกณฑ์การนำเข้าการวิจัย (Inclusion Criteria)** คือ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ประคับประคองและมีการปรึกษาเพื่อเข้าสู่การรักษา แบบประคับประคอง

**เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)** คือ

- 1) ผู้ป่วยประคับประคองชนิดที่ผ่านการ คัดกรองและรักษาแบบประคับประคองจากโรงพยาบาล อื่นมาก่อน
- 2) ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยแบบ คัดกรองผู้ป่วยประคับประคองแบบสั้น ประกอบด้วย เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยซึ่งพัฒนาโดยใช้เกณฑ์ มาตรฐาน Prognostic Indicator Guidance ของ Gold Standard Framework และเกณฑ์จากกรม การแพทย์

แบบบันทึกการปรึกษาผู้ป่วยระดับประคอง  
ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยข้อมูลผู้ป่วยได้จากการวินิจฉัย  
ของแพทย์ ที่ลงบันทึกในเวชระเบียน และข้อมูล  
ส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, Palliative  
Performance Scale

### วิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 19 โดยใช้สถิติ  
พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย ในการ  
วิเคราะห์ข้อมูล

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งระยะเวลาศึกษาช่วงก่อนใช้  
แบบคัดกรองแบบสั้นคือ 1 เมษายน - 30 กันยายน  
2562 พบมีการปรึกษา 99 ครั้ง แบ่งเป็นผู้ป่วยชนิด  
มะเร็ง 64 ราย (ร้อยละ 64.6) ผู้ป่วยชนิดไม่ใช่มะเร็ง  
35 ราย (ร้อยละ 35.4) เพศชาย 49 ราย (ร้อยละ 49.5)  
เพศหญิง 50 ราย (ร้อยละ 50.5) อายุเฉลี่ย 65.4 ปี  
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้น

	ก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้น (n=99)	หลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้น (n=133)
มะเร็ง	64 (64.6%)	71 (53.4%)
ไม่ใช่มะเร็ง	35 (35.4%)	62 (46.6%)
<b>เพศ</b>		
ชาย	49 (49.5%)	73 (54.9%)
หญิง	50 (50.5%)	60 (45.1%)
อายุเฉลี่ย (ปี)	65.4	66.3

โดยโรคที่มีการปรึกษามากที่สุดก่อนการใช้  
แบบคัดกรองแบบย่อ คือ Cholangiocarcinoma  
จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 โรคที่มีการ

ปรึกษารองลงมาคือ Sepsis จำนวน 11 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 11.1 โรคถัดมาคือ CKD stage 5 จำนวน 10  
ราย คิดเป็นร้อยละ 10.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง 10 อันดับโรคที่ปรึกษาที่มระดับประคองก่อนและหลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้น

อันดับ	ก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้น (n=99)		หลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้น (n=133)			
	โรคที่พบ	จำนวน	ร้อยละ	โรคที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	Cholangiocarcinoma	16	16.2	Sepsis	24	18.0
2	Sepsis	11	11.1	Liver cancer	15	11.3
3	CKD stage 5	10	10.1	CKD stage 5	14	10.5
4	Lung cancer	7	7.1	Cholangiocarcinoma	13	9.8
5	Pancreas cancer	6	6.1	Colon cancer	11	8.3
6	Stroke	6	6.1	Cirrhosis	11	8.3
7	Breast cancer	6	6.1	Stroke	7	5.3
8	Cirrhosis	5	5.1	Lung cancer	6	4.5
9	Colon cancer	5	5.1	Cervix cancer	5	3.8
10	Ovary cancer	4	4.0	COPD	4	3.0



Palliative Performance Scale ที่เริ่มปรึกษา  
ทีมดูแลประคับประคองครั้งแรกก่อนเริ่มใช้แบบคัดกรอง  
แบบสั้นเฉลี่ย 34.7 คะแนน โดยเมื่อแจกแจงความถี่  
พบว่า มีการขอปรึกษามากที่สุดที่ 10 คะแนน

จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมาคือ  
30 คะแนน จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ  
ถัดมาคือ 20 คะแนน จำนวน 15 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 15.2 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงการแจกแจงความถี่ของ Palliative Performance Scale เมื่อมีการปรึกษาครั้งแรก  
ก่อนและหลังการใช้แบบคัดกรองแบบสั้น

Palliative Performance Scale	ก่อนใช้แบบคัดกรองแบบสั้น (n=99)		หลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้น (n=133)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
90	1	1.0	11	8.3
80	4	4.0	9	6.8
70	8	8.1	14	10.5
60	7	7.1	13	9.8
50	11	11.1	17	12.8
40	9	9.1	18	13.5
30	20	20.2	24	18.0
20	15	15.2	12	9.0
10	24	24.2	15	11.3
	ค่าเฉลี่ย = 34.7		ค่าเฉลี่ย = 46.2	

ผลการศึกษาในช่วงหลังการใช้แบบคัดกรอง  
แบบสั้นโดยเก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 -  
31 มีนาคม 2563 พบว่ามีการปรึกษา 133 ครั้ง  
แบ่งเป็นผู้ป่วยชนิดมะเร็ง 77 ราย (ร้อยละ 53.4)  
ผู้ป่วยชนิดไม่ใช่มะเร็ง 62 ราย (ร้อยละ 46.6)  
เพศชาย 73 ราย (ร้อยละ 54.9) เพศหญิง 60 ราย  
(ร้อยละ 45.1) อายุเฉลี่ย 66.3 ปี ดังตารางที่ 1  
โดยโรคที่มีการปรึกษามากที่สุดหลังใช้แบบคัดกรอง  
แบบสั้น คือ Sepsis จำนวน 24 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 18 โรคที่มีการปรึกษา รองลงมาคือ Liver

cancer จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3  
โรคถัดมา คือ CKD stage 5 จำนวน 14 ราย  
คิดเป็นร้อยละ 10.5 ดังตารางที่ 2

Palliative Performance Scale ที่เริ่มปรึกษา  
ทีมดูแลประคับประคองครั้งแรกหลังใช้แบบคัดกรอง  
แบบสั้นเฉลี่ย 46.2 คะแนน โดยเมื่อแจกแจงความถี่  
พบว่ามีการขอปรึกษามากที่สุดที่ 30 คะแนน จำนวน  
24 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 รองลงมาคือ 40 คะแนน  
จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5 และถัดมาคือ  
50 คะแนน จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8  
ดังตารางที่ 3





## อภิปรายผล

จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยระดับประคอง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาที่รักษา 232 ราย ในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วย ปรึกษามากขึ้นหลังจาก 99 ราย เป็น 133 ราย หลังจากใช้แบบคัดกรองแบบสั้นโดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง มีอัตราส่วนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งทั้งก่อนและ หลังใช้แบบคัดกรองแบบสั้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Stephanie Stiel ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยระดับประคอง ในประเทศเยอรมัน โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการดูแลระดับประคองมากกว่าผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็ง<sup>(11)</sup>

หลังจากการใช้แบบคัดกรองแบบสั้นพบว่าการรักษาผู้ป่วยชนิดไม่ใช่มะเร็งมีร้อยละที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.4 เป็นร้อยละ 46.6 และมีส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของโรค 10 อันดับแรกมีโรคที่ไม่ใช่ มะเร็งมากขึ้นและมีอันดับสูงขึ้น เห็นได้จาก Sepsis เปลี่ยนจากอันดับ 2 กลายเป็นอันดับ 1 อันเป็นผล จากการใช้แบบคัดกรองแบบสั้น

แบบคัดกรองแบบสั้นช่วยให้การคัดกรอง พบผู้ป่วยและส่งปรึกษาเกิดขึ้นเร็วมากขึ้นจากเดิมมี ค่าเฉลี่ย Palliative Performance Scale เท่ากับ 34.7 คะแนน โดยจะปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมี Palliative Performance Scale 10-30 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะไม่ดีแล้วจึงเริ่มปรึกษา เปลี่ยนเป็น ค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นเป็น 46.2 คะแนน โดยช่วงคะแนน ที่ปรึกษาบ่อยเพิ่มเป็น 30-50 คะแนน และมีการ ส่งปรึกษาในช่วงคะแนน 70-90 คะแนนเพิ่มมากขึ้น หลังจากการใช้แบบคัดกรองแบบสั้น เป็นประโยชน์ให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสวางแผนการรักษาล่วงหน้า ร่วมกันและจัดการภารกิจที่ยังค้างคาใจก่อนที่สมรรถนะ ร่างกายของผู้ป่วยจะไม่สามารถทำได้ ตรงกับการศึกษา ของ Camilla Zimmermann ศูนย์มะเร็ง Princess Margaret Cancer Centre ในประเทศแคนาดาพบว่า

การให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ต้นของ การวินิจฉัยโรคทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ 4 เดือนแรกของการติดตาม<sup>(18)</sup>

## สรุป

การใช้แบบคัดกรองแบบสั้นช่วยให้แพทย์ เจ้าของใช้สามารถตัดสินใจแผนการรักษาและปรึกษา ทีมการดูแลระดับประคองได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย เข้าถึงการดูแลระดับประคองได้มากขึ้น มีอัตราส่วน ของผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งสูงขึ้น และผู้ป่วยที่ปรึกษามีค่า Palliative Performance Scale เฉลี่ยสูงขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้จัดทำวิจัยมีข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาล ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือมีภาวะ เข้าได้กับเกณฑ์ ควรได้รับการให้ข้อมูลและมีการ ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา และปรึกษาทีมดูแล ประคับประคองกรณีผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจ ดูแลแบบประคับประคอง

มีการถ่ายทอดและทบทวนเกณฑ์การคัดกรอง ผู้ป่วยระดับประคองเป็นประจำเพื่อเป็นการกระตุ้น มีการคัดกรองและปรึกษาเป็นสม่ำเสมอ รวมถึง โอกาสที่มีการผลัดเปลี่ยนเจ้าหน้าที่

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อดีคือ ช่วยให้การ คัดกรองผู้ป่วยระดับประคองพบได้มากขึ้นเร็วขึ้น และ มีอัตราส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งสูงขึ้น มีข้อจำกัด ของงานวิจัยนี้ คือ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดการอาการรบกวน ที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สามารถลดลงได้ ผลลัพธ์ ตามที่ได้วางแผนล่วงหน้า ความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ เป็นต้น



## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2002). **National cancer control programmes : policies and managerial guidelines**. 2nd ed. World Health Organization.
2. World Health Organization. **WHO definition of palliative care**. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [Accessed Jan 20, 2020].
3. พรทวิ ยอดมงคล. (2561). **การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร (Palliative Care) ฉบับปรับปรุง**. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). หน้า 2-6.
4. World Health Organization. (2014). **Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course**. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(2):130-4.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561**. นนทบุรี: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หน้า 66-7.
6. Romano AM, Gade KE, Nielsen G, Havard R, Harrison JH, Barcla J, et al. (2017). **Early Palliative Care Reduces End-of-Life Intensive Care Unit (ICU) Use but Not ICU Course in Patients with Advanced Cancer**. *The Oncologist*, 22(3):318-23.
7. World Health Organization. **The top ten causes of death**. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [Accessed Jan 20, 2020].
8. Gadoudl A, Kane E, Macleod U, Ansell P, Oliver S & Johnson M. (2014). **Palliative care among heart failure patients in primary care: A comparison to cancer patients using English family practice data**. *PLoS ONE*, 9(11):e113188.
9. Zheng L, Anne M, Oxenham D, McLoughlin P, McCutcheon H & Scott A. (2013). **How good is primary care at identifying patients who need palliative care? A mixed methods study**. *European Journal of Palliative Care*, 20(5):216-222.
10. Mei-Ling C. (2019). **Inequity of Palliative Care for Non-Cancer Patients**. *Journal of Nursing Research*, 27(2):1-2.
11. Stephanie S, Maria H, Andreas S, Tobias F, Roland M, Christoph O. (2015). **Comparison of terminally ill cancer- vs. noncancer patients in specialized palliative home care in Germany-a single service analysis**. *BMC Palliative Care*, 14:34.
12. Dean S. (2016). **When to Refer to Palliative Care**. *Prim Care Companion CNS Disord*, 18(6):doi:10. 4088/PCC.16f02074.
13. Hablas A. (2011). **Palliative Care in Egypt: Challenges and Opportunities**. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 33 (Suppl 1):S52-3.
14. Gian DB, Emmanuel T. (2018). **Assessment measures in palliative care: The risk of inflation and the importance of listening to the patient-s story**. *Palliative & Supportive Care*, 16(1):1-2.





15. Teme JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. (2010). **Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer.** N Engl J Med, 363(8):733-42.
16. มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์. (2560). **Handbook for Palliative Guidelines.** ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 1-5.
17. Davide T, Fabrizio D, Maria CM, Lucia S, Isabella F, Andrea M, et al. (2016). **Early Palliative Care in Advanced Oncologic and Non-Oncologic Chronic Diseases: A Systematic Review of Literature.** Reviews on Recent Clinical Trials, 11(1):63-71.
18. Camilla Z, Nadia S, Monika K, Breffni H, Natasha L, Amit O, et al. (2014). **Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial.** The Lancet, 383(9930):1721-30.
19. Kyeremanteng K, Gagnon LP, Thavorn K, Heyland D, D-Egidio G. (2018). **The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay: A Systematic Review and Cost Evaluation.** J Intensive Care Med, 33(6):346-53.
20. Sean M, Jessica D, Susan L, Timothy Q, Joseph S, John T, et al. (2011). **Palliative Care Consultation Teams Cut Hospital Costs For Medicaid Beneficiaries.** Health Aff (Millwood), 30(3):454-63.