



ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : การศึกษาย้อนหลัง

แพงพรรณ ศรีบุญลือ^{1*}, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ¹, ณัฐชญา บัวละคร¹, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล²

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Outcome of Palliative Patients who Received Telemedicine Home Visits During the COVID-19 Pandemic : A Retrospective Study

Paengpan Sribunlue^{1*}, Parichart Piasupan¹, Natchaya Bualakorn¹, Sriveing Pirojkul²

¹Palliative Nursing Unit, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 1 November 2021/Edit: 29 November 2021/Accepted: 13 January 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้บูรณาการระบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้ระบบแพทย์ทางไกลขึ้น หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. 2563 การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์ดังกล่าว

วิธีการศึกษา: ศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน บันทึกการดูแล และระบบสารสนเทศ กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยแบบ ประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากศูนย์การณรักษ์ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ จำนวน 73 ราย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา: พบว่า ผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล ทำให้ผู้ป่วย ที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง มีระดับคะแนนลดลง \geq ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 91.17) และผู้ป่วย ที่มีเฉพะอาการหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง มีระดับคะแนนลดลง \geq ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 96.67) ส่วนผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าลดการกลับมารักษาซ้ำได้ จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 68.49)

สรุป: การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบประคับประคอง จึงควรนำระบบดังกล่าวไปใช้ต่อไปเพื่อลดปวด ลดอาการหายใจลำบากและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล

Abstract

Background and objective: Karunruk palliative care center, Srinagarind Hospital integrated a home visit system by implementing telemedicine after the Coronavirus disease 2019 pandemic in 2020. This research aimed to study the outcome of palliative patients who received telemedicine home visits in such situations.

Methods: A retrospective study of outcome of palliative patients who received telemedicine home visits during the COVID-19 pandemic was performed at Srinagarind Hospital. The data of 73 patients were collected and analyzed using descriptive statistics.

Results: The results showed that 31 patients (91.17%) with moderate to severe pain scales decreased \geq 50% within 24-48 hours, 29 patients (96.67%) with moderate to severe dyspnea scales decreased \geq 50% within 24-48 hours, and reduced readmission for 50 patients (68.49%).

Conclusion: A telemedicine home visits during the COVID-19 pandemic leading to good outcomes for patients who received palliative care. Therefore, the system should be used further for reduced pain, dyspnea, and readmission.

Keywords: Palliative care, Telemedicine

*Corresponding author: แพงพรรณ ศรีบุญลือ E-mail: paengpan_por@hotmail.com

บทนำ

ความปวดและอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาการดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวกังวลใจเมื่อต้องจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน^{1,2} การเยี่ยมบ้านจึงเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย¹ เมื่อครอบครัวมั่นใจ เข้าใจอาการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค จนเกิดการยอมรับ จะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วขึ้น² ดังนั้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีส่วนช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาแบบรุกรานลง³ ครอบครัวตัดสินใจไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้มากขึ้น ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านสิ่งสำคัญคือช่วยบรรเทาอาการไม่สบายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 1,150 1,304 และ 1,264 รายต่อปี ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่คลินิกประคับประคอง จำนวน 929 822 และ 999 รายต่อปี ตามลำดับ และมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านเพื่อจัดการอาการปวดและอาการหายใจลำบาก โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ จำนวน 71, 529 และ 585 ครั้งต่อปี ตามลำดับ⁵ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย อาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เกสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักอาชีวบำบัด โดยการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีมาประมาณ 10 ปี ระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ครอบคลุมไปถึง 1) การติดตามอาการทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องตามการแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและแบบประคับประคอง (palliative performance scale; PPS) 2) การเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง 3) การนัดติดตามที่คลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอกเฉพาะรายที่จำเป็น 4) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2562 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะท้ายในโรงพยาบาลได้โดยเฉพาะในสภาวะฉุกเฉิน ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงได้วางแผนในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านแบบใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 โดยใช้ระบบการเยี่ยมบ้านและบูรณาการกับระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine)⁶ ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านโดยใช้ระบบแพทย์ทางไกลและการจัดระบบส่งยาให้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังคงได้รับการดูแลและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถติดต่อทีมได้เมื่อมีความจำเป็นหรือต้องการความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินสามารถจัดการอาการที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังไม่มีการพัฒนาและศึกษาระบบการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการเข้ากับระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นหนึ่ง

ในทีมเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการปวดและอาการหายใจลำบาก ตลอดจนลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยได้หรือไม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) ตัวแปรต้น ได้แก่ การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการไม่สบายที่ประเมินด้วยระดับคะแนนของอาการปวดหรือหายใจลำบากลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายหลังได้รับการดูแล และผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ประเมินด้วยร้อยละการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ประชากรที่ศึกษาและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล จากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2564 โดยในช่วงระยะเวลาดังกล่าว มีเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล จำนวน 714 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลที่มีอาการปวดหรือหายใจลำบาก โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วย numerical rating scale⁷ มีคะแนนปวดหรือหายใจลำบาก ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หรือประเมินด้วย verbal rating scale⁸ มีความปวดหรือหายใจลำบากในระดับปานกลาง-รุนแรง และเกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลในเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ค่าสัดส่วนของการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบปกติ ซึ่งนิยมการจัดการอาการปวดว่าเป็นการบรรเทาอาการไม่สบาย (pain reduction) โดยทำให้ระดับคะแนนของอาการปวดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจากสถิติของหน่วยงาน⁹ พบว่า สัดส่วนของการจัดการอาการปวดได้ มีค่าเท่ากับ 0.95 กำหนด Type 1 Error (α) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 80% แทนค่าในสูตรการหากลุ่มตัวอย่างแบบ infinite population proportion¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกประชากรศึกษาจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยกลุ่มโรค ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ตัดสินใจในครอบครัว และแผนการดูแลล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการให้คำแนะนำในการจัดการอาการ เช่น การปรับยา ประสานเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน

2.2 การติดตามภายหลังการให้คำแนะนำ โดยใช้แบบประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่พบ ได้แก่ ระดับปวดลดลง (pain reduction) และระดับหายใจลำบากลดลง (dyspnea reduction) โดยประเมินระดับความปวดและระดับหายใจลำบากลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการดูแลด้วยการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล กรณีผู้ป่วยบอกคะแนนได้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความปวด numerical rating scale (0-10 คะแนน)⁷ และแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เป็นตัวเลข 0-10 กรณีผู้ป่วยสูงอายุหรือไม่สามารถบอกเป็นคะแนนได้ ประเมินด้วย verbal rating scale⁸ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ในด้าน การดูแล จำนวน 2 ท่าน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกเวชระเบียนระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อมูล จำนวนและสาเหตุของการขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาและอนุมัติงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของศูนย์การุณรักษ์ เวชระเบียนผู้ป่วย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ลงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลของงานวิจัย เก็บข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ระยะเวลารวม 6 เดือน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยคนเดียวในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการเยี่ยมในช่วงเวลาดังกล่าว โดยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าจำนวน 73 ราย

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรมคือ HE641461 รับรองเมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล จำนวน 73 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการปวดหรือหายใจลำบากในระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล จำนวน 142 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 50.68) อายุ

มากกว่า 60 ปี จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 56.16) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งมากที่สุด จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 83.56) อยู่นอกเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 53.42) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 60.27) ผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเอง จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 64.38) แผนการดูแลที่ครอบครัวได้ตัดสินใจมากที่สุดคือ เลือกปฏิเสธการพองซีฟ ยอมรับสภาวะร่างกายที่ถดถอยดูแลแบบธรรมชาติ (comfort care) จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 84.93) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=73)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	36 (49.32)
หญิง	37 (50.68)
ช่วงอายุ (ปี)	
< 30	2 (2.74)
30-60	30 (41.10)
≥ 60 ปีขึ้นไป	41 (56.16)
การวินิจฉัยโรคหลัก	
โรคมะเร็ง (Cancer)	61 (83.56)
โรคไตวายระยะประคับประคอง (ESRD)	5 (6.85)
โรคหัวใจระยะประคับประคอง (End stage heart disease)	1 (1.37)
โรคปอดระยะประคับประคอง (End stage lung disease)	1 (1.37)
โรคอื่นๆ (other)	5 (6.85)
ที่อยู่	
เขตเมืองขอนแก่น	34 (46.58)
นอกเขตเมืองขอนแก่น	39 (53.42)
ผู้ดูแลในครอบครัว	
ภรรยา	21 (28.77)
สามี	4 (5.48)
บุตร	44 (60.27)
อื่นๆ	4 (5.48)
ผู้ตัดสินใจในครอบครัว	
ผู้ป่วย	47 (64.38)
บุคคลอื่นในครอบครัว	26 (35.62)
แผนการดูแลล่วงหน้า	
เลือกปฏิเสธการพองซีฟ ยอมรับสภาวะร่างกายถดถอยลงตามธรรมชาติ (Comfort care)	62 (84.93)
เลือกขอรักษาทุกอย่างเต็มที่ (Full medicine)	9 (12.33)
ยังไม่เลือกแผนการดูแลล่วงหน้า (No ACP)	2 (2.74)

อาการไม่สุขสบายที่เป็นสาเหตุให้เยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลและการดูแลที่ได้รับจากทีมระดับประคอง พบว่าอาการไม่สุขสบายที่เป็นสาเหตุให้เยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลส่วนใหญ่มีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 46.57) รองลงมาคืออาการหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 41.10) การดูแลที่ได้รับจากทีมระดับประคอง ส่วนใหญ่คือ การปรับยาและให้คำแนะนำ จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 58.90) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อาการไม่สุขสบายที่เป็นสาเหตุให้เยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลและการดูแลที่ได้รับจากทีมระดับประคอง (n=73)

อาการไม่สุขสบายและการดูแลที่ได้รับจากทีมระดับประคอง	จำนวน (ร้อยละ)
อาการไม่สุขสบาย	
ปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง	34 (46.57)
หายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง	30 (41.10)
มีทั้งอาการปวดและหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง	9 (12.33)
การดูแลที่ได้รับจากทีมระดับประคอง	
แนะนำตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	3 (4.11)
แนะนำมาห้องฉุกเฉิน	5 (6.85)
ลงเยี่ยมบ้าน	11 (15.07)
ประสานเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน	11 (15.07)
ปรับยาและให้คำแนะนำ	43 (58.90)

ผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเฉพาะความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ระดับคะแนนลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 91.17) กลุ่มที่มีเฉพาะอาการหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง ระดับคะแนนลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 96.67) และกลุ่มที่มีทั้งอาการปวดและหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง ระดับคะแนนปวดและหายใจลำบากลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 77.78) (ตารางที่ 3)

ผลลัพธ์ของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ภายหลังการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคองไม่ได้กลับมารักษาซ้ำจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 68.49) กลับมาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 31.51) จำแนกเป็นกลับมาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 22 ครั้ง สาเหตุเกิดจากอาการท้องมาน (ascites) มากที่สุด จำนวน 14 ครั้ง (ร้อยละ 63.63)

ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายเดียวกัน รองลงมาเป็นอาการหายใจลำบาก จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 13.63) มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 47 ครั้ง สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อมากที่สุด จำนวน 17 ครั้ง (ร้อยละ 36.16) มีอาการปวด จำนวน 9 ครั้ง (ร้อยละ 19.14) อาการหายใจลำบาก จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 8.51) อาการท้องมาน (ascites) จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 6.38) (ตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความปวดและระดับอาการหายใจลำบาก ภายหลังการจัดการอาการด้วยการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลภายใน 24-48 ชั่วโมง

ผลลัพธ์การจัดการอาการ	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มที่มีเฉพาะความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (n=34)	
ระดับคะแนนลดลง \geq ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	31 (91.17)
ระดับคะแนนลดลง < ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	2 (5.89)
กลุ่มที่มีเฉพาะอาการหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง (n=30)	
ระดับคะแนนลดลง \geq ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	29 (96.67)
ระดับคะแนนอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น	1 (3.33)
กลุ่มที่มีทั้งอาการปวดและหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง (n=9)	
ระดับคะแนนปวดและหายใจลำบากลดลง \geq ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	7 (77.78)
ระดับคะแนนปวดและหายใจลำบากลดลง < ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	2 (22.22)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (n=73)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง
การกลับมารักษาซ้ำ(N=73)		
ไม่ได้กลับมารักษาซ้ำ	50 (68.49)	-
กลับมาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือกลับมารักษาซ้ำ	23 (31.51)	-
ลักษณะของการกลับมารักษา*		
กลับมาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน	-	22
กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	-	47

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย อาจกลับมาทั้งขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือกลับมารักษาซ้ำ

ตารางที่ 5 จำนวนครั้งและร้อยละของสาเหตุของการกลับมาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล

สาเหตุการกลับมาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือกลับมาปรึกษาซ้ำ	จำนวน (ร้อยละ)
การกลับมาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (22 ครั้ง)	
อาการท้องมาน (ascites)	14 (63.63)
หายใจลำบาก	3 (13.63)
ปวด	2 (9.09)
ติดเชื้อ	1 (4.55)
สายระบายน้ำดีอุดตัน (dislodge PTBD)	1 (4.55)
สายยางให้อาหารอุดตัน	1 (4.55)
กลับมาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาล (47 ครั้ง)	
การติดเชื้อ	17 (36.16)
อาการปวด	9 (19.14)
อาการหายใจลำบาก	4 (8.51)
อาการท้องมาน (ascites)	3 (6.38)
ใกล้เสียชีวิต ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล	3 (6.38)
ปวดและหายใจลำบาก	2 (4.26)
น้ำตาลในเลือดต่ำ	2 (4.26)
ซีมีลง	2 (4.26)
อื่นๆ (คลื่นไส้อาเจียน, dislodge PTBD, ชักกระตุก, ล้มศีรษะกระแทกพื้น และ ลำไส้อุดตัน)	5 (10.65)

วิจารณ์

จากการศึกษาเฉพาะเป็นพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณัการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 73 ราย ได้รับการเยี่ยมจำนวน 142 ครั้ง มีสาเหตุจากอาการปวดหรือหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นโรคเมะเร็งจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 83.56) ซึ่งอธิบายได้ว่า โรคเมะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด¹¹ และบางรายมีอาการหายใจลำบาก¹² ผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 60.27) ผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเองจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 64.38) สำหรับแผนการดูแลที่ครอบครัวได้ตัดสินใจมากที่สุดคือ เลือกรักษาทางการแพทย์ ยอมรับสภาวะร่างกายที่ถดถอยดูแลแบบธรรมชาติ (comfort care) จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 84.93) รองลงมาคือ เลือกรักษาทุกอย่างอย่างเต็มที่ (full medicine) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 12.33) เหตุที่เป็นเช่นนี้ อธิบายได้ว่า การตัดสินใจของครอบครัวขึ้นอยู่กับยอมรับและสมรรถนะปัจจุบันของผู้ป่วย ถ้าสมรรถนะร่างกายยังดี ครอบครัวยังคงเลือกรักษาทุกอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tianthong และคณะ¹³ ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่ทำให้ตัดสินใจกลับมา

ปรึกษาซ้ำมากที่สุดคือผู้ป่วยและครอบครัวยังมีความหวังต่อการรักษา การดูแลที่ได้รับจากทีมประคับประคองมากที่สุดคือ การปรับยาและให้คำแนะนำ จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 58.90) การประสานเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 15.07) ทีมการดูแลรักษาลงเยี่ยมบ้านเอง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 15.07) และจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 10.96) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการควรรมาตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากหรืออาการปวด นอกจากจะมีพยาธิสภาพของตัวโรค ยังมีปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial) เข้ามาเกี่ยวข้องเนื่องจากเมื่อมีอาการไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความกลัวกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้มีอาการปวดหรือหายใจลำบากมากขึ้น^{12,15} ดังนั้น เมื่อมีทีมสุขภาพที่สามารถให้ข้อมูลปรับยาและให้คำแนะนำการจัดการอาการในช่วงเวลาที่เหมาะสม ช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการไม่สบายและการกลับมาปรึกษาซ้ำภายหลังผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน ผ่านระบบแพทย์ทางไกลส่วนใหญ่สามารถจัดการบรรเทาอาการปวดและหายใจลำบากได้ดี มีผู้ป่วย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.89) ที่อาการปวดไม่ดีขึ้นเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ตัวโรคมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก มีความปวดที่รุนแรง และมีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.94) ที่มีปัญหาท้องผูกเป็นสาเหตุให้การดูแลไม่ดีขึ้น ระดับคะแนนความปวดจึงเพิ่มขึ้นและได้กลับมาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มที่มีเฉพาะอาการหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง มีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ที่อาการหายใจลำบากไม่ดีขึ้น ซึ่งจะพบอาการหายใจลำบากร้อยละ 50 ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตและระดับอาการรุนแรงจัดการอาการยาก^{12,14} ร่วมกับครอบครัวขอเลือกการพองชีพ เนื่องจากยังไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้า สำหรับกลุ่มที่มีทั้งอาการปวดและหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 22.22) ระดับคะแนนปวดและหายใจลำบากลดลงน้อยกว่าที่คาดหวัง สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลใจสูงและอีก 1 รายอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต กลืนยาลำบาก ถึงแม้จะมีผู้ป่วยบางส่วนจัดการอาการได้ลำบาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการไม่สบายที่บ้านได้ดี จึงอธิบายได้ว่า การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลช่วยเหลือในบรรเทาอาการไม่สบายได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hennemann และคณะ¹⁶ ที่พบว่าระบบแพทย์ทางไกลช่วยให้การเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น การประเมินและควบคุมอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zheng และคณะ¹⁷ และยังสามารถลดการกลับมาปรึกษาซ้ำร้อยละ 68.49 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ranganathan และคณะ ที่พบว่าระบบแพทย์ทางไกลลดการกลับมาปรึกษาซ้ำที่ไม่จำเป็นได้¹⁸

สรุป

การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณัการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงควรนำระบบดังกล่าวไปใช้ต่อไปเพื่อลดปวด ลดอาการหายใจลำบากและลดการกลับมาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดในการศึกษาข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลต่อเนื่องได้แต่ควรมีการประเมินอาการอื่นๆ ที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กัน การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลมีโอกาสที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ของผู้ดูแล สัญญาณโทรศัพท์ในแต่ละพื้นที่ชัดเจน

2) ด้านบริหารการพยาบาล ควรส่งเสริมการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้มากขึ้น ทั้งในสถานการณืปกติและสถานการณ์ที่มีโรคระบาด รวมถึงควรพัฒนาในการใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

3) ด้านการพัฒนาการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า ในมิติของคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจทั้งของทีมสุขภาพและผู้ป่วย ครอบครัวซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการของการดูแลแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงนวลจันทร์ หวังศุภดิกล ที่ร่วมพัฒนาระบบในระหว่างฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การบริหารแบบประคับประคอง ปี 2563 ณ ศูนย์การุณรักษ์ พว.อุบล จัวงพานิช พว.กรรณิกา ชาธรรม พว.พรนิกา หาญละคร นางสาวอริสรา โพธิ์ชัยสาร และ พว.รัชนิพร คนชุม (รองหัวหน้างาน บริการพยาบาล ฝ่ายพัฒนาวิชาชีพ) ที่ได้แนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบเนื้อหาให้สมบูรณ์ และความถูกต้องที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยการพยาบาลระดับประคอง (ศูนย์การุณรักษ์) ที่ได้ร่วมกันดูแลและบันทึกข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Doyle D, Jeffrey D. Palliative care in the home. New York: Oxford University Press, 2007.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ, แพงพรรณ เท่าสาร. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
3. ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative Home Care). ใน: ลักษมี ชาญเวชช, ดุสิต สถาวร, บรรณาธิการ. The dawn of palliative care in Thailand. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2556:77-90.
4. Chang HT, Chen CK, Lin MH, Chou P, Chen TJ, Hwang SJ. Readmissions in cancer patients after receiving inpatient palliative care in Taiwan: A 9-year nationwide population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95(8): e2782. doi: 10.1097/MD.0000000000002782.

5. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2561-63. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2563
6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Palliative care in COVID-19 pandemic. ขอนแก่น: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและราชวิทยาลัย เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2563.
7. Fainsinger RL, Nekolaichuk CL. A "TNM" classification system for cancer pain: the edmonton classification system for cancer pain (ECS-CP). *Support Care Cancer* 2008;16(6):547-55.
8. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Palliative care tool kit. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา, 2560.
9. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2564. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2564.
10. Wayne WD. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. 6thed. New York: John Wiley & Sons, 1995.
11. Forbes K. Pain in patients with cancer: The World Health Organization Analgesic Ladder and Beyond. *Clinical Oncology* 2011;23(6):379-80.
12. Brennan CW, Mazanec P. Dyspnea management across the palliative care continuum. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2011;13(3):130.
13. Tianthong C, Pirojkul S, Piasupan P. Readmission of palliative patients at karunruk palliative care center, srinagarind hospital. *Srinagarind Med J* 2021;36(4): 469-73.
14. Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional : Treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med* 2012;15(1):106-14.
15. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2014;32(16):1703-11.
16. Hennemann-Krause L, Lopes AJ, Araújo JA, Petersen EM, Nunes RA. The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*. Cambridge University Press; 2015;13(4):1025-30.
17. Zheng Y, Head BA, Schapmire TJ. A systematic review of telehealth in palliative care: Caregiver outcomes. *Telemed J E Health* 2016;22(4):288-94. doi: 10.1089/tmj.2015.0090. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26360181.
18. Ranganathan A, Dougherty M, Waite D, Casarett D. Can palliative home care reduce 30-day readmissions? Results of a propensity score matched cohort study. *J Palliat Med* 2013;16(10):1290-3.