

รายงานวิจัย

Research Articles

สาเหตุของการกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

The Causes of Readmission in Palliative Patients

ปริญ มั่นเข็มทอง*

Parin Mankhemthong*

*โรงพยาบาลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก 65140

*Bangrakam Hospital, Bangrakam District, Phitsanulok 65140

Corresponding author e-mail address: PPP-PIPO@HOTMAIL.COM

Received: January 24, 2023

Revised: March 8, 2023

Accepted: March 12, 2023

Abstract

Unplanned readmissions provide a huge impact on palliative patients and their families. This retrospective cohort study aimed to evaluate causes for readmission of palliative patients at Bangrakam Hospital. The data of 157 patients were collected from 1 October 2020 to 31 September 2022. The results showed that the most of palliative patients were woman 52.9%, age 61-80 years 46.5%, cancer 33.8%, length of stay 3-7 day 54.1% and end-stage of palliative patients (PPS 0-30%) 64.3%. Causes of readmission in palliative patients were development of new co-morbidities 52.9% (most common causes were fever/sepsis 8.9% and urinary tract infection 7.6%), disease progression 38.9% (most common causes were dyspnea 11.5% and fatigue 10.2%), decided advance care planning problem 4.5% and family problem 3.8%. Conclusion causes of readmission are new co-morbidities, disease progression, decided advance care planning problem and family problem. Some problems are appropriate to readmission for treatment. Some problems can be reduced by good palliative home care and a better communication.

Keywords: causes, readmission, palliative care, palliative performance scale*Buddhachinaraj Med J 2023;40(1):48-54.*

บทคัดย่อ

การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนแล้วเก็บข้อมูลใหม่ไปข้างหน้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบางระกำ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563-30 กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 157 คน พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 52.9, อายุ 61-80 ปีร้อยละ 46.5, เป็นผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 33.8, ระยะเวลาอนโรพยาบาล 3-7 วันร้อยละ 54.1 และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%) ร้อยละ 64.3 สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ ปัญหาโรคร่วมใหม่ ร้อยละ 52.9 (โรคที่พบบ่อย คือ ไข้ติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 8.9 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 7.6), ปัญหาด้านการดำเนินโรคร้อยละ 38.9 (พบอาการเหนื่อยร้อยละ 11.5 และอ่อนเพลียร้อยละ 10.2), การวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ร้อยละ 4.5 และปัญหาด้านครอบครัวร้อยละ 3.8 สรุปได้ว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ปัญหาใหม่ ปัญหาเดิม การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และปัญหาด้านครอบครัว แต่มีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ถ้าวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการของโรคก็จะสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: สาเหตุ, การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน

พุทธชินราชเวชสาร 2566;40(1):48-54.

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะลุกลามของโรค มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ สุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการป้องกัน/บรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า¹ ถึงแม้รูปแบบการรักษาจะเป็นแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยก็ต้องการที่จะได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานและเกิดความสงบด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยจะมีความบิบบคั่นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค การเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้² โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมีความวิตกกังวล ห่อแทะ ซึมเศร้า หมดหวัง และกลัวตายอย่างโดดเดี่ยว³

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 56.8 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สาเหตุ

ที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้นมาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (noncommunicable diseases) ที่เพิ่มขึ้นและการเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก⁴ ในขณะที่ประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2564-พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลประคับประคอง 134,255 และ 139,976 คนตามลำดับ แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁵ สำหรับในอำเภอบางระกำปี พ.ศ. 2563-พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลประคับประคอง 585, 706 และ 864 คน โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 8.8, 14.1 และ 15.2 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะช่วยลดการนอนรักษาหรือการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการกลับมารักษาซ้ำใน

โรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากปัญหาเดิม ปัญหาใหม่⁶ การลุกลามของโรคที่มากขึ้น การเกิดโรคร่วมใหม่⁷ ปัญหาด้านครอบครัวและการไม่มีผู้ดูแล การไม่ได้วางแผนการรักษา⁶⁻⁷ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสาเหตุของการกลับมารักษากลับในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพ วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสม ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁸⁻¹⁰ รวมถึงวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ จนถึงวันที่ล่วงลับอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์¹¹ ทั้งนี้

สาเหตุของการกลับมารักษากลับในโรงพยาบาล หมายถึง โรคหรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษากลับในโรงพยาบาล แบ่งเป็นปัญหาด้านการดำเนินของโรค ปัญหาโรคร่วมใหม่ ปัญหาด้านครอบครัว และการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้²

Palliative performance scale (PPS) หมายถึง เครื่องมือที่ช่วยประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน 5 ด้านของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (> 70%), ผู้ป่วยระยะท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)¹

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนแล้วเก็บข้อมูลใหม่ไปข้างหน้า (retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ศึกษา

ในผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ลงทะเบียนขอรับการดูแลแบบประคับประคองและกลับมารักษากลับ (readmission) ในโรงพยาบาลบางระกำระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563-30 กันยายน พ.ศ. 2565 โดยจำนวนผู้ป่วยช่วงที่ศึกษามี 248 คน ไม่รวมเวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลระบรหัส บันทึกคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอเป็นค่าความถี่และร้อยละ อนึ่ง งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่รับรอง PREC 0265-2565 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาที่ศึกษามีจำนวน 248 คน เป็นเวชระเบียนที่บันทึกข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน 8 คน และเป็นเวชระเบียนที่ผู้ป่วยลงทะเบียนขอรับการดูแลแบบประคับประคองเป็นครั้งแรก 83 คน จึงเหลือเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกลับมารักษากลับในโรงพยาบาลเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 157 คน พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 83 คน (ร้อยละ 52.9) และเพศชาย 74 คน (ร้อยละ 47.1) อายุระหว่าง 61-80 ปี 73 คน (ร้อยละ 46.5) อายุมากกว่า 80 ปี 48 คน (ร้อยละ 30.6), อายุระหว่าง 41-60 ปี 27 คน (ร้อยละ 17.2) โรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง 53 คน (ร้อยละ 33.8), ผู้ป่วยโรคระบบประสาท 34 คน (ร้อยละ 21.7), ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 26 คน (ร้อยละ 16.6), ระยะเวลาอนโรพยาบาล 3-7 วัน 85 คน (ร้อยละ 54.1), 8-14 วัน 40 คน (ร้อยละ 25.5), มากกว่า 14 วัน 7 คน (ร้อยละ 0.8) เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามระดับคะแนน PPS ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยระยะท้าย (PPS 0-30%) มีจำนวน 101 คน (ร้อยละ 64.3), กลุ่มที่ 2 (PPS 40-70%) มีจำนวน 54 คน (ร้อยละ 34.4) และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยระยะคงที่ (PPS > 70%) มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.3) ดูรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 157)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน [คน (ร้อยละ)]
เพศ	
หญิง	83 (52.9)
ชาย	74 (47.1)
อายุ (ปี)	
21-40	9 (5.7)
41-60	27 (17.2)
61-80	73 (46.5)
> 80	48 (30.6)
โรคที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	
ผู้ป่วยมะเร็ง	53 (33.8)
ผู้ป่วยโรคระบบประสาท	34 (21.7)
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	26 (16.6)
ผู้สูงอายุ	22 (14.0)
ผู้ป่วยโรคหัวใจ	13 (8.3)
ผู้ป่วยโรคตับ	5 (3.2)
ผู้ป่วยโรคปอด	3 (1.9)
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง	1 (0.6)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของการกลับมารักษาซ้ำ (วัน)	
< 3	15 (9.6)
3-7	85 (54.1)
8-14	40 (25.5)
> 14	17 (10.8)
ระดับคะแนน PPS วันแรกที่กลับมารักษาซ้ำ	
กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยระยะท้าย (PPS 0-30%)	101 (64.3)
กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม (PPS 40-70%)	54 (34.4)
กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS > 70%)	2 (1.3)

PPS: palliative performance scale

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ปัญหาใหม่ 83 คน (ร้อยละ 52.9), ปัญหาเดิม 61 คน (ร้อยละ 38.9), การวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า 7 คน (ร้อยละ 4.5) โดยสาเหตุจากปัญหาใหม่ ได้แก่ ไข้/ติดเชื้อในกระแสเลือด 14 คน (ร้อยละ 8.9), ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 12 คน (ร้อยละ 7.6), ปอดติดเชื้อ 11 คน (ร้อยละ 7), เบาหวาน/น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง 8 คน

(ร้อยละ 5.1); ปัญหาเดิม ได้แก่ อาการเหนื่อย 18 คน (ร้อยละ 11.5), อ่อนเพลีย 16 คน (ร้อยละ 10.2), ภาวะน้ำเกิน 12 คน (ร้อยละ 7.6); ปัญหาด้านครอบครัว พบสาเหตุเดียวคือการไม่มีผู้ดูแล/ความเหนื่อยล้าในการดูแล 6 คน (ร้อยละ 3.8); ปัญหาด้านการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ได้แก่ ยังไม่เลือกแผนการดูแลล่วงหน้า 6 คน (ร้อยละ 3.8) และการเลือกการรักษาทุกอย่างเต็มที่ 1 คน (ร้อยละ 0.6) ดูรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุของการกลับมารักษารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 157)

สาเหตุของการกลับมารักษารักษาในโรงพยาบาล	จำนวน [คน (ร้อยละ)]
ปัญหาด้านการดำเนินโรค	61 (38.9)
เหนื่อย	18 (11.5)
อ่อนเพลีย	16 (10.2)
ภาวหน้าเกิน	12 (7.6)
ปวด	9 (5.7)
ภาวะซีด	6 (3.8)
ปัญหาโรคร่วมใหม่	83 (52.9)
ไข้/ติดเชื้อในกระแสเลือด	14 (8.9)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	12 (7.6)
ปอดติดเชื้อ	11 (7.0)
เบาหวาน/น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง	8 (5.1)
แผลกดทับติดเชื้อ	7 (4.5)
หลอดลมอุดตันเรื้อรัง/หอบหืด/หลอดลมอักเสบ	6 (3.8)
หลอดเลือดสมอง	6 (3.8)
สารเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ	5 (3.2)
ไตวายฉับพลัน	4 (2.5)
ลำไส้อุดตัน	4 (2.5)
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน	2 (1.3)
เลือดออกในทางเดินอาหาร	2 (1.3)
ภาวะชัก	1 (0.6)
ท่อน้ำดีอักเสบ	1 (0.6)
ปัญหาด้านครอบครัว	6 (3.8)
ไม่มีผู้ดูแล/เหนื่อยล้าในการดูแล	6 (3.8)
การวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า	7 (4.5)
ยังไม่เลือกแผนการดูแลล่วงหน้า	6 (3.8)
เลือกการรักษาทุกอย่างเต็มที่	1 (0.6)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซุติมา เทียนทองและคณะ⁶, Grim และคณะ⁷, ซโลธร ชาวบ้านกร่าง¹¹, วิภาดา ฟิงสุขและคณะ¹² ที่พบว่าสัดส่วนทางเพศไม่แตกต่างกันมากนัก โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 61-80 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของซโลธร ชาวบ้านกร่าง¹¹ ที่พบผู้ป่วยในช่วงอายุ 60-79 ปีมากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร่างกายเริ่มมีความเสื่อมและถดถอยไปตามวัยจึงมี

โอกาสมีภาวะความเจ็บป่วยมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า² ส่วนโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้คือโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของซโลธร ชาวบ้านกร่าง¹¹, Hentschel และคณะ¹³, แสงระวี ศรีเสน¹⁴, สุปรีดา มั่นคงและคณะ¹⁵ เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามระดับคะแนน PPS พบว่าผลการศึกษาที่มีผู้ป่วยกว่าครึ่งอยู่ในกลุ่มที่ 1 คือผู้ป่วยระยะท้าย (PPS 0-30%) ต่างจากผลการศึกษาของซุติมา เทียนทองและคณะ⁶ ที่ผู้ป่วยร้อยละ 58.97 อยู่ในช่วงคะแนน PPS 40-60% ซึ่ง PPS score

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในทุกมิติ โดยคะแนน PPS score ที่ต่ำเกี่ยวข้องกับอาการแสดงของโรคที่แย่ลง ดังนั้นจึงเพิ่มโอกาสกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹²

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลบางระกำแบ่งเป็นปัญหาด้านการดำเนินของโรคและปัญหาโรคร่วมใหม่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Grim และคณะ⁷ ที่พบว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเป็นปัญหาทางครอบครัวและปัญหาการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมทั้งเช่นเดียวกับผลการศึกษาของชุดิมาเทียนทองและคณะ⁶ โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้คือการมีโรคร่วมใหม่ (เกือบครึ่งของผู้ป่วย) ต่างจากผลการศึกษาของ Grim และคณะ⁷ ที่พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือการดำเนินของโรค ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุดคืออาการปวด^{7,16} ต่างจากผลการศึกษารั้งนี้ที่พบสาเหตุจากการปวดเพียง 1 ใน 20 เนื่องจากโรงพยาบาลบางระกำได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในปี พ.ศ. 2560 โดยเน้นความพร้อมและความมั่นใจของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้มอร์ฟีนบรรเทาอาการปวดผ่าน Syring Driver ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการปวด

สำหรับปัญหาด้านการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในการศึกษารั้งนี้พบผู้ป่วยเพียง 1 ใน 25 ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากยังไม่ได้เลือกแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ซึ่งการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สร้างภาระแก่ระบบสุขภาพ² ซึ่งพบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายถึง

16,000 บาทต่อรายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง⁶ ถ้าพัฒนาการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่จำเป็นหรือไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้

ข้อมูลที่น่าเสนอสรุปได้ว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ปัญหาด้านการดำเนินของโรค ปัญหาโรคร่วมใหม่ ปัญหาด้านครอบครัว และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า แต่ยังมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นอีกจำนวนมากที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ถ้าวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าและสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการของโรค ก็จะสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษารั้งนี้ศึกษาแบบย้อนหลัง มีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลที่ต้องการใช้ในการวิจัย เวชระเบียนบางฉบับมีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามที่ต้องการต้องไปค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงเอกสารจากผู้ดูแลงานผู้ป่วยระยะท้ายมาประกอบกัน แต่ถ้ายังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ต้องตัดเวชระเบียนนั้นออกจากการวิจัย ดังนั้นการศึกษารั้งต่อไปควรศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อให้สามารถกำหนดข้อมูลที่ต้องการศึกษาได้ละเอียดและครบถ้วน รวมถึงอาจได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Palliative care [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th>
2. Department of Medical Services. Palliative care. Nonthaburi, Thailand: Department of Medical Services; 2018.
3. Ninmanut K, Kongsuwan W. Common phenomena in the end of life stage and caring. Songkhla, Thailand: Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University; 2016.

4. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
5. Ministry of Public Health. Health statistics [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.moph.go.th/hdc/reports>
6. 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.
7. Grim RD, McElwain D, Hartmann R, Hudak M. Evaluating causes for unplanned hospital readmission of palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27(8):526-31.
8. Pantilat SZ, Billings JA. Prevalence and structure of palliative care services in California Hospitals. *Arch Intern Med* 2003; 163(9):1084-8.
9. Gomes B, Calanzani N, Curiale V. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care service for adult with advanced illness and their caregivers. *Sao Paulo Med J* 2016;134:93-4.
10. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. *J Palliat Med* 2010; 13(8):973-9.
11. Chaobankrang C. Characteristics of palliative in patients in Medicine Department, Nakhonpathom Hospital: A cross-sectional study. *PCFM* 2021;4(3):119-27.
12. Puengsook W, Kanthawee P, Markmee P. Factors associated with quality of life among cancer patients with palliative care at the end of life residing in Chiang Rai Province. *Nurs J Ministry Public Health* 2019;29(2): 116-28.
13. Hentschel L, Wellesen A, Krause LC. Predicting unplanned hospital readmission in palliative outpatients (PrePP)-study protocol of a longitudinal, prospective study to identify informal caregiver-related and structural predictors. *BMC Palliative Care* 2022;21(1):1-7.
14. Srisen S. Prevalence and characteristics of palliative care in cancer patients in Uthumphon Phisai District. *Med J Srisaket Surin Buriram Hosp* 2022;37(2):411-9.
15. Munkung S, Siripolngam Y, Wangwathunyu S. Role of family caregivers of palliative care patients. *Thai J Nurs Council* 2016; 31(4):104-21.
16. Mercadante S, Adile C, Ferrera P. Characteristics of advanced cancer patients who were readmitted to an acute palliative/ supportive care unit. *Supportive Care Cancer* 2017;25(6):1944-52.