

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

พญ.วิณิตา วาจาเที่ยง

โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเริ่มดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอาจลดการใช้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น และลดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย และเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลดังกล่าว

วิธีการศึกษา: วิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort study) ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียน ในผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ทุกราย ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึง ธันวาคม 2566 จำแนกตามการได้รับการดูแลประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t-test, chi-square test, Kruskal-Wallis test และ ANOVA

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยจำนวน 880 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 67.95 กลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะท้าย ร้อยละ 28.75 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ร้อยละ 3.3 ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีการใช้บริการทางสาธารณสุขในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตน้อยที่สุด โดยมีค่ามัธยฐานของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ 5 วัน (IQR 3 - 10; $p = 0.005$) และมีค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายแผนผู้ป่วยในต่ำที่สุดที่ 29,068 บาท (IQR 15,436 - 60,240; $p = 0.030$) ค่าใช้จ่ายต่อวันในการรักษาพยาบาลเมื่อดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นลดลงเหลือ 809 บาท/วัน (IQR 433.48 - 1,143.09; $p < 0.001$) การให้คำปรึกษาจากหน่วยงานประคับประคองช่วยลดอัตราการทำให้ตถการที่ไม่จำเป็น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัด และการทำเคมีบำบัด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นช่วยลดการใช้บริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในช่วง 1 เดือนสุดท้าย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายต่อวันในการดูแลผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาจากหน่วยงานประคับประคองช่วยลดอัตราการทำให้ตถการที่ไม่จำเป็นในกลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะท้ายได้

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข, มะเร็ง, การดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ส่งบทความ: 15 ก.ย. 2567, แก้ไขบทความ: 19 พ.ย. 2567, ตอรับบทความ: 26 พ.ย. 2567

ติดต่อบทความ

พญ.วิณิตา วาจาเที่ยง, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์

E-mail: wwinita@gmail.com

Original Article

Reducing healthcare costs through early palliative care in terminal cancer:
Evidence from a retrospective cohort study

Winita Wajatieng, M.D.

Nakorping Hospital

ABSTRACT

Introduction: Palliative care focuses on improving the quality of life for patients and their families, particularly for those with terminal cancer. Early initiation of palliative care could reduce unnecessary medical services and healthcare costs.

Objective: This study aimed to evaluate the impact of early palliative care on healthcare costs for end-stage cancer patients and compare healthcare utilization between patients receiving early palliative care and those who did not.

Methods: A retrospective cohort study was conducted using medical records of all cancer decedents at Nakorping Hospital between January 2016 and December 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences between groups were tested using t-tests, Chi-square tests, Kruskal-Wallis tests, and ANOVA.

Results: A total of 880 patients were included, with 67.95% not receiving palliative care, 28.75% receiving late palliative care, and 3.3% receiving early palliative care. The group receiving early-stage palliative care had the lowest utilization of healthcare services in the last month of life, with a median hospital stay of 5 days (IQR 3-10; $p = 0.005$) and the lowest inpatient costs at 29,068 Baht (IQR 15,436-60,240; $p = 0.030$). Daily healthcare costs decreased to 809 THB/day (IQR 433.48–1,143.09; $p < 0.001$) with early palliative care. Consultation from palliative care teams significantly reduced unnecessary interventions, such as intubation, surgery, and chemotherapy, particularly in patients receiving late palliative care ($p < 0.001$).

Conclusion: Early palliative care can reduce healthcare utilization and costs during the last month of life and daily expenses for terminal cancer patients. Palliative care consultations also reduce unnecessary procedures in patients receiving late palliative care.

Keywords: palliative care, healthcare costs, cancer, early palliative care

Submitted: 2024 Sep 15, Revised: 2024 Nov 19, Accepted: 2024 Nov 26

Contact

Winita Wajatieng, M.D., Mmed, Department of Social Medicine, Nakorping Hospital

E-mail: wwinita@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์มีแนวทางการดูแลที่มุ่งหวังที่จะป้องกัน และรักษาความผิดปกติเพื่อให้ผู้ที่รับการรักษาสามารถอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว แม้ว่าความรู้ทางการแพทย์จะได้รับการพัฒนาอย่างมาก แต่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยแทบทุกคนจะมีการเสื่อมลงของร่างกายและสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และสุดท้ายอาจจะถึงขั้นเสียชีวิต ดังนั้นการรักษายาบาลผู้ป่วยไม่ควรมุ่งหวังเพียงแค่ทำให้ผู้ป่วย "หายไ้" แต่ควรเน้นการดูแลที่ให้ผู้ป่วยที่มีโรคหรือความเสื่อมที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว สามารถ "ตายดี" หรืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้

การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^[1] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักได้เริ่มรับ การดูแลแบบประคับประคองในช่วงที่อาการของโรคลุกลามไปมากแล้วหรือก่อนการเสียชีวิตไม่นานซึ่งอาจจะช้าเกินไป หรือในผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเลยจนเสียชีวิต จากการศึกษาของ National Hospice and Palliative Care Organization ใน ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีเพียงผู้ป่วยร้อยละ 48 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมึระยะเวลาในการดูแลเป็นเวลาเฉลี่ย 18 วันก่อนการเสียชีวิต^[2] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Temel และคณะ และ Bakitas และคณะ^[3-4]

พบว่า การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าการนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ตั้งแต่ระยะแรกช่วยลดการใช้บริการทางการแพทย์ไม่จำเป็นต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจนว่าการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพได้เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติในการศึกษาของ Seow และคณะ^[5] พบว่าการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเดือนสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต โดยส่วนใหญ่เป็นผลจากการลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล แต่ในการใช้โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติยังไม่สามารถสรุปได้

โรงพยาบาลนครพิงค์มีหน่วยการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการวินิจฉัยจนถึงช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โดยให้การดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ต้นจนถึงวาระสุดท้าย ช่วยเหลือบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอาการที่เกิดจากโรคที่อาการเหล่านั้นมักรุนแรงและเกิดความทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตามยังไม่มีมีการเก็บและวิเคราะห์ผลจากการดูแลแบบประคับประคองว่าส่งผลอย่างไรต่อระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาช่วยในการวางแผน

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการรุนแรงและผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะและจำนวนของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนครพิงค์

2. เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการและค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนครพิงค์

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย และสัดส่วนของการทำหัตถการในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลนครพิงค์ระหว่างก่อนและหลังการปรึกษาหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลงทะเบียนวินิจฉัยตามแนวทางของ ICD-10 คีโธรหัส C00-C97 Malignant Neoplasms

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดชีวิต (life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life-threatening conditions) โดยหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง และมีการลงทะเบียนวินิจฉัยตามแนวทางของ ICD-10 คีโธรหัส Z51.5 การให้บริการประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Early palliative care) หมายถึง

การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการดูแลอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น การรับปรึกษาหรือดูแลในแผนกผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก โดยมีระยะเวลาที่เริ่มได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการประคับประคองอย่างน้อย 3 เดือน ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต^[6]

การดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย (Late palliative care) หมายถึง การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการดูแลอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น การรับปรึกษาหรือดูแลในแผนกผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก โดยมีระยะเวลาที่เริ่มได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการประคับประคองน้อยกว่า 3 เดือน ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต^[6]

ระยะสุดท้ายของชีวิต (End-of-life) หมายถึง ระยะเวลา 1 เดือนก่อนเสียชีวิต

ระยะเวลาที่ป่วย (Day sick) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยเริ่มมีการลงทะเบียนการวินิจฉัย C00-C97 Malignant Neoplasms เป็นครั้งแรกจนถึงเสียชีวิต

ค่าบริการทางสาธารณสุข หมายถึง ต้นทุนทั้งหมด (All-Cost) ที่เกิดขึ้นในการให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ได้แก่ ค่าบริการค่ายา ค่าการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าการตรวจทางรังสี ค่าหัตถการ ค่าห้อง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวมถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบริการในโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งรวมกรณีทั้งหมดที่ผู้ป่วยมารับบริการที่เกี่ยวข้อง (Relevant visits and admissions) และไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (Irrelevant visits and admissions) โดยอาศัยจากการดึงข้อมูล

ต้นทุนจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ตั้งแต่หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรกจนเสียชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีวิจัย: รูปแบบงานวิจัย เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Cohort study)

ประชากรที่ใช้ศึกษา

ทำการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ หรือศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลนครพิงค์ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2566 โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหรือมีประวัติการรักษาโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลนครพิงค์หรือศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลนครพิงค์ก่อนการเสียชีวิต และเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยมีการลงสถานะของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล (Discharge status) เป็นสถานะเสียชีวิต (Dead) สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเสียชีวิตด้วยโรคอื่นที่ไม่ได้มีสาเหตุหรือเป็นผลมาจากโรคมะเร็ง โดยไม่มีการลงวินิจฉัยโรคหลักหรือโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งในใบสรุปจำหน่ายผู้ป่วยขณะที่เสียชีวิต (ภาพที่ 1)

ในงานวิจัยนี้ได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มหลักๆ คือ กลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสี่ยง (Exposed group) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วะ

เริ่มต้น และกลุ่มควบคุม (Control group) คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเลย หรือได้รับการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะระยะท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณ โดยอาศัยโปรแกรม G* Power โดยเลือกใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว One-way Anova สำหรับการทดสอบแบบ 3 กลุ่ม โดยอาศัยค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจากงานวิจัยของ Zaborowski และคณะ^[7] ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วะเริ่มต้น และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่วะเริ่มต้น ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18,669 USD และ 13,800 USD ตามลำดับ จากการคำนวณจะได้ค่า Effect size (d) เท่ากับ 0.229 และกำหนดค่า α เท่ากับ 0.05, ค่า power ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 และอัตราส่วนการจัดสรรกลุ่ม (Allocation ratio N2/N1) เท่ากับ 1

จากการคำนวณจะได้ตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มจำนวน 63 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นขนาดรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล คือ 189 คน ในงานวิจัยนี้วางแผนเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เผื่อกรณีที่ข้อมูลมีปัญหาหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ฉะนั้นจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในงานวิจัยครั้งนี้รวมเป็น 210 คน

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต



ภาพที่ 1 ขั้นตอนดำเนินงานวิจัย (Study flow)

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

ดำเนินการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล (Record form) โดยแบบบันทึกข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบบันทึกทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ชนิดของมะเร็ง สถิติการรักษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นมะเร็ง และการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และแบบบันทึกข้อมูลด้านการใช้บริการทางสาธารณสุขตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนเสียชีวิต และการใช้บริการทางสาธารณสุขในระยะเวลา 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่องนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ chi-square test (χ^2 -test) หรือ fisher's exact test ส่วนข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) หรือ ค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยควอไทล์ (Interquartile range; IQR) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีสองตัวแปรด้วยสถิติ t-test หรือ sign rank test เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วน

(proportion) ระหว่างกลุ่มด้วย Exact McNemar test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีหลายตัวแปรด้วยสถิติ One-way ANOVA หรือ Kruskal-Wallis test สำหรับการเปรียบเทียบการใช้บริการและค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test โดยมีการวิเคราะห์แยกเป็นช่วงตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนเสียชีวิต และช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

สำหรับการวิเคราะห์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการปรึกษาหน่วยงานประคับประคอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test หรือ T-test และเปรียบเทียบสัดส่วนในการทำหัตถการก่อนและหลังการปรึกษาหน่วยงานประคับประคอง ด้วยสถิติ McNemar's chi-square test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่รับรอง 053/67

ผลการศึกษา

จากการศึกษานี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งและเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2566 จำนวนทั้งหมด 880 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง ร้อยละ 67.95 มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 32.05 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งแบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (> 3 เดือนขึ้นไป) ร้อยละ 3.3 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะท้าย (< 3 เดือน) ร้อยละ 28.75

กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยอายุที่ 62.13 ปี (± 13.73) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.68 สิทธิการรักษาที่มากที่สุดคือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (64.51%) โดยจากการศึกษาไม่พบว่า อายุ เพศ และสิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชนิดมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดคือ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (Hepatobiliary) ร้อยละ 27.05 และมะเร็งปอด (Lung) ร้อยละ 21.36 โดยชนิดของมะเร็งในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีผู้ป่วยมะเร็งปอดในสัดส่วนที่สูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 31.03

สำหรับระยะเวลาที่ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนถึงเสียชีวิต มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 29.5 วัน (IQR 10-128.5) โดยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีระยะเวลาที่ป่วยยาวนานที่สุด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 332 วัน (IQR 216-660) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย มีค่ามัธยฐานที่ 49 วัน (IQR 18-200) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีค่ามัธยฐานที่ 21 วัน (IQR 8-76) พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

($p < 0.001$) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนได้เริ่มรักษา หน่วยงานประคับประคองที่ 78 วัน (IQR 27-346) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย มีระยะเวลาที่ได้เริ่มรักษา 24 วัน (IQR 1-176) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) สำหรับระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการร่วมดูแลจากหน่วยงานประคับประคองจนถึงเสียชีวิต มีระยะเวลา 200 วัน (IQR 123-304) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และ 15 วัน (IQR 6-27) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมากกว่า โดยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) 18 ครั้ง (IQR 11-43) และเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) 5 ครั้ง (IQR 3-10) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แต่จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นยังพบว่า จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลสูงที่สุด โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 35 วัน (IQR 21-51) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย 16 วัน (IQR 8-27) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 9.5 วัน (IQR 4-21) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) สำหรับในด้านค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด โดยมีค่าใช้จ่ายในแผนกผู้ป่วยนอก 52,692 บาท (IQR 23,405-90,265) ผู้ป่วยใน 180,989 บาท (IQR 100,041-311,812) และค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมด 285,686 บาท (IQR 192,429-371,723) ซึ่งแตกต่างกับอีกสองกลุ่มที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	Total (N=880)		No Palliative care (n=598)		Late Palliative Care (<3mo) (n=253)		Early Palliative Care (>3mo) (n=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ									0.592 ^a
ชาย	534	60.68	366	61.20	153	60.47	15	51.72	
หญิง	346	39.32	232	38.80	100	39.53	14	48.28	
อายุ (ปี), mean (±SD)	62.13 ± 13.73		62.10 ± 13.83		62.12 ± 13.42		62.76 ± 14.87		0.968 ^b
สิทธิการรักษา									0.220 ^a
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	567	64.51	384	64.21	168	66.67	15	51.72	
เบิกได้/ราชการ	47	5.35	35	5.85	8	3.17	4	13.79	

Reducing healthcare costs through early palliative care in terminal cancer: Evidence from a retrospective cohort study

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	Total (N=880)		No Palliative care (n=598)		Late Palliative Care (<3mo) (n=253)		Early Palliative Care (>3mo) (n=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประกันสังคม	11	1.25	7	1.17	4	1.59	0	0.00	
ชำระเงิน	254	28.90	172	28.76	72	28.57	10	34.48	
ชนิดของมะเร็ง									<i>0.04^d *</i>
Breast	42	4.77	27	4.52	14	5.53	1	3.45	
Colorectal	106	12.05	76	12.71	25	9.88	5	17.24	
Hepatobiliary	238	27.05	160	26.76	75	29.64	3	10.34	
Head and neck	20	2.27	11	1.84	7	2.77	2	6.90	
Lung	188	21.36	118	19.73	61	24.11	9	31.03	
Gynecologic	21	2.39	10	1.67	11	4.35	0	0.00	
Urological	20	2.27	13	2.17	6	2.37	1	3.45	
Others	245	27.84	183	30.60	54	21.34	8	27.59	
ระยะเวลาที่ป่วยตั้งแต่ได้รับการ วินิจฉัยจนถึงเสียชีวิต (วัน)	29.5 (10-128.5)		21 (8-76)		49 (18-200)		332 (216-660)		<i><0.001^f *</i>
median (IQR)									
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนได้เริ่มปรึกษา/รับการดูแลจาก หน่วยงานประคับประคอง (วัน)	28.5 (1-194)		-		24 (1-176)		78 (27-346)		<i>0.008^e *</i>
median (IQR)									
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการดูแล จากหน่วยงานประคับประคอง จนถึงเสียชีวิต (วัน) median (IQR)	16.5 (8-33)		-		15 (6-27)		200 (123-304)		<i><0.001^f *</i>

* Statistic significant, p-value < 0.05

Statistic test performed: ^a Chi square test, ^b One-way ANOVA, ^c Kruskal-Wallis

สำหรับการใช้บริการทางสาธารณสุขเฉพาะในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต (End-of-life) พบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนกฉุกเฉินในแต่ละกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.005) โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลน้อยที่สุด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 5

วัน (IQR 3-10) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 8 วัน (IQR 4-16) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย มีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 9 วัน (IQR 5-17) และไม่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) สำหรับในด้านค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลในช่วง 1 เดือนสุดท้าย พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยหนักในแต่ละ

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

กลุ่ม 1 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีค่าใช้จ่ายในแผนกผู้ป่วยในต่ำสุด ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 29,068 บาท (IQR 15,436-60,240) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	ที่มีค่าใช้จ่าย 54,503 บาท (IQR 28,314-100,824) และ 50,831.5 บาท (IQR 27,579-113,487) ตามลำดับ โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.030 สำหรับค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นยังมีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับอีกสองกลุ่มที่เหลือ โดยมีค่าใช้จ่าย 35,946 บาท (IQR 18,862-76,069) โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.025 (ตารางที่ 2)
---	---

ตารางที่ 2 การใช้บริการทางสาธารณสุข

ลักษณะที่ศึกษา	No Palliative care	Late Palliative Care (<3mo)	Early Palliative Care (>3mo)	p-value
Overall (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนเสียชีวิต)				
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล (ครั้ง) median (IQR)				
แผนก OPD	1 (0-4)	2 (1-9)	18 (11-43)	<0.001*
แผนก IPD	1 (1-2)	2 (1-3)	5 (3-10)	<0.001*
แผนก ER	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (1-2)	0.018*
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (วัน) median (IQR)				
แผนก IPD	9.5 (4-21)	16 (8-27)	35 (21-51)	<0.001*
แผนก ICU	7 (3-14.5)	3 (2-27)	0	0.995
ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาที่โรงพยาบาล (บาท) median (IQR)				
แผนก OPD	5,882.5 (2,755-15,201)	8,792 (3,777-21,821)	5,2692 (23,405-90,265)	<0.001*
แผนก IPD	70,345 (31,645-145,651)	92,144 (47,156-161,242)	180,989 (100,041-311,812)	<0.001*
แผนก ICU	113,907 (51,978.5-182,831)	66,544 (47,342-233,978)	0	0.781
Overall Cost	78,829.5 (40,491-161,546)	106,733 (59,617-204,768)	285,686 (192,429-371,723)	<0.001*
End of life (เฉพาะในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต)				
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล (ครั้ง) median (IQR)				
แผนก OPD	1 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-3)	0.090
แผนก IPD	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0.190
แผนก ER	1 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-1)	0.113
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (วัน) median (IQR)				
แผนก IPD	8 (4-16)	9 (5-17)	5 (3-10)	0.005*
แผนก ICU	7 (3-14)	3 (2-25)	0	0.785

ตารางที่ 2 การใช้บริการทางสาธารณสุข (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	No Palliative care	Late Palliative Care (<3mo)	Early Palliative Care (>3mo)	p-value
ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาที่โรงพยาบาล (บาท) median (IQR)				
แผนก OPD	4,368.5 (2,000-8,430)	4,417 (2,330-7,558)	3,973 (2,795-6,891)	0.953
แผนก IPD	50,831.5 (27,579-113,487)	54,503 (28,314-100,824)	29,068 (15,436-60,240)	0.030*
แผนก ICU	110,377.5 (50,758-167,823.5)	65,280 (47,342-157,977)	0	0.604
Overall Cost	60,789.5 (33,615-119,848)	61,984 (34,690-106,733)	35,946 (18,862-76,069)	0.025*

* Statistic significant, p-value < 0.05; Statistic test performed: Kruskal-Wallis

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อวันในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม โดยพิจารณาจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่เริ่มวินิจฉัยมะเร็งจนเสียชีวิต พบว่า ค่าใช้จ่ายแผนกผู้ป่วยในต่อจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีค่าใช้จ่ายต่อวันต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าใช้จ่าย 5,477 บาท/วัน (IQR 4,668.74-6,707.43) เทียบกับ 6,231 บาท/วัน (IQR 4,828.29-8,041.5) และ 6,983.77 บาท/วัน (IQR 4,874.47-11,105.5)

ตามลำดับ นอกจากนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายรวมทุกแผนกต่อจำนวนวันที่เริ่มวินิจฉัยมะเร็งจนเสียชีวิต พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อวันลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยมีค่าใช้จ่าย 809 บาท/วัน (IQR 433.48-1,143.09) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 4,158 บาท/วัน (IQR 1,477.14-8,267.5) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 2,197.64 บาท/วัน (IQR 832.01-5,422.73) โดยมีค่า p-value < 0.001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อวันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ลักษณะที่ศึกษา	No Palliative care	Late Palliative Care (<3mo)	Early Palliative Care (>3mo)	p-value
ค่าใช้จ่ายแผนกผู้ป่วยในต่อจำนวนวันที่นอนในรพ. (บาท/วัน) median (IQR)	6,983.77 (4,874.47-11,105.5)	6,231.81 (4,828.29-8,041.5)	5,477 (4,668.74-6,707.43)	<0.001*
ค่าใช้จ่ายรวมทุกแผนกต่อจำนวนวันที่เริ่มวินิจฉัยมะเร็งจนเสียชีวิต (บาท/วัน) median (IQR)	4,158.72 (1,477.14-8,267.5)	2,197.64 (832.01-5,422.73)	809.92 (433.48-1,143.09)	<0.001*

* Statistic significant, p-value < 0.05; Statistic test performed: Kruskal-Wallis

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

สำหรับการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาจากหน่วยงานประคับประคองที่มีต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเปรียบเทียบก่อนค่าใช้จ่ายก่อน และหลังการให้คำปรึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมีค่าใช้จ่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการปรึกษา ($p < 0.001$) โดยค่าใช้จ่ายในแผนกผู้ป่วยในลดลงจาก 83,855 บาท (IQR 42,239-148,188) เหลือ 26,365 บาท (IQR 16,685-51,597) ค่าใช้จ่ายในแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจาก 7,856 บาท (IQR 3,504-21,207) เหลือ 3,436 บาท (IQR 470-6,158) และค่าใช้จ่ายโดยรวมเฉลี่ยลดลงจาก 149,552.3 บาท ($\pm 11,404.02$) เหลือ 12,828.91 บาท (± 2130.57) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีค่าใช้จ่ายหลังการให้คำปรึกษาสูงกว่าก่อนให้คำปรึกษาแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าปรึกษา (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการปรึกษาหน่วยงานประคับประคอง

ตัวแปรที่ศึกษา	Late Palliative Care (<3mo)			Early Palliative Care (>3mo)		
	ก่อนปรึกษา Palliative	หลังปรึกษา Palliative	p-value	ก่อนปรึกษา Palliative	หลังปรึกษา Palliative	p-value
ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาแผนก IPD	83,855	26,365	$<0.001^{d,*}$	71,069.5	10,8158	0.783 ^d
median (IQR)	(42,239-148,188)	(16,685-51,597)		(46,615-149,917)	(30,504-153,430)	
ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาแผนก OPD	7,856	3,436	$<0.001^{d,*}$	11,318	32,918	0.083 ^d
median (IQR)	(3,504-21,207)	(470-6,158)		(3,947-28,170)	(5,271-56,612)	
Overall cost	149,552.3	12,828.91	$<0.001^{e,*}$	144,498	169,090.3	0.520 ^e
Mean ($\pm$ SD)	(± 11404.02)	(± 2130.57)		(± 30501.6)	(± 29152.15)	

* Statistic significant, p-value < 0.05

Statistic test performed: ^d Wilcoxon signed-rank, ^e T-test

ในการศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนในการทำหัตถการประเภทต่าง ๆ ก่อนและหลังการปรึกษาหน่วยงานประคับประคอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัดและการทำเคมีบำบัดลดลงหลังการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจลดลงจากร้อยละ 33.99 เหลือร้อยละ 4.74 อัตราการได้รับเคมีบำบัดลดลงจากร้อยละ 23.32 เหลือร้อยละ 0.79 อัตราการผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 25.69 เหลือร้อยละ

2.37 และมีอัตราการการกวดหัวใจ (CPR) ที่ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการให้คำปรึกษาแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการปรึกษาร้อยละ 3.45 เป็นร้อยละ 24.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.033$) แต่อัตราการกวดหัวใจ การผ่าตัด และการได้รับเคมีบำบัดไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการปรึกษาทีมประคับประคอง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบสัดส่วนในการทำหัตถการก่อนและหลังการปรึกษาหน่วยงาน
ประคับประคอง

ตัวแปรที่ศึกษา		Late Palliative Care (<3mo)					Early Palliative Care (>3mo)				
		ก่อนปรึกษา		หลังปรึกษา		p-value	ก่อนปรึกษา		หลังปรึกษา		p-value
		Palliative		Palliative			Palliative		Palliative		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
CPR	ไม่ได้รับ	246	97.23	249	98.42	0.317	29	100	27	93.10	0.157
	ได้รับ	7	2.77	4	1.58		0	0	2	6.90	
ETT	ไม่ได้รับ	167	66.01	241	95.26	<0.001*	28	96.55	22	75.86	0.033*
	ได้รับ	86	33.99	12	4.74		1	3.45	7	24.14	
Chemo Therapy	ไม่ได้รับ	194	76.68	251	99.21	<0.001*	15	51.72	15	51.72	1.000
	ได้รับ	59	23.32	2	0.79		14	48.28	14	48.28	
Surgery	ไม่ได้รับ	188	74.31	247	97.63	<0.001*	22	75.86	22	75.86	1.000
	ได้รับ	65	25.69	6	2.37		7	24.14	7	24.14	

* Statistic significant, p-value < 0.05; Statistic test performed: McNemar's chi2 test

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 32.05 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เริ่มได้รับการดูแลในระยแบบประคับประคองในระยะท้ายหรือน้อยกว่า 3 เดือนก่อนการเสียชีวิต เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าอัตราการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนครพิงค์ต่ำกว่าการศึกษาอื่นซึ่งมีอัตราการให้คำปรึกษาหรือดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ร้อยละ 47.7 ถึง ร้อยละ 56.7^[2,8-9] อัตราการดูแลที่ต่ำกว่าอาจเกิดจากแต่ละโรงพยาบาลมีเกณฑ์ในการปรึกษาหน่วยงานประคับประคองที่แตกต่างกัน และอาจสัมพันธ์กับการลงทะเบียนโรคและหัตถการ (ICD - 10) ที่ไม่ครบถ้วนในใบสรุปข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge summary) หรือในระบบการลงทะเบียนวินิจฉัยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งในงานวิจัยนี้ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาศัยเฉพาะการตั้งข้อมูล

จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีผลการลงทะเบียนวินิจฉัย Z51.5 คือได้รับการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น

สำหรับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนถึงเสียชีวิต ในงานวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนถึงเสียชีวิตยาวนานที่สุดคือ 332 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ghabashi และคณะ^[9] ซึ่งกล่าวถึงระยะเวลาการรอดชีวิต (Length of survival) ที่มีแนวโน้มสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการปรึกษาทีมประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เทียบกับการปรึกษาในระยะท้าย แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการส่งปรึกษาทีมประคับประคองค่อนข้างช้า ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนเริ่มปรึกษาหน่วยงานประคับประคองที่ 78 วัน ซึ่งจาก

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

การศึกษาของ Dunca และคณะ และ Zaborowski และคณะ^[7,10] พบว่าการปรึกษาหน่วยการดูแลแบบประคับประคองภายใน 72 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจะช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดการทำหัตถการต่าง ๆ ได้

สำหรับการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์โดยภาพรวมตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนเสียชีวิตพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งมักพบว่า การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นส่งผลเชิงบวกต่อระบบบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่พบว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล และจำนวนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในระยะสุดท้ายของชีวิต^[11] อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยของ Kane และคณะ และ Romano และคณะ^[12-13] ที่ไม่พบการลดจำนวนวันที่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือจำนวนหัตถการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอย่างชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคอง และอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่างกับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้ สาเหตุของการใช้บริการทางการแพทย์ที่มากกว่าในงานวิจัยนี้ อาจสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีระยะที่เริ่มป่วยด้วยโรคมะเร็งจนถึงเสียชีวิตที่ยาวนานกว่า ส่งผลให้มีโอกาสได้รับการรักษาที่ยาวนานกว่า โดย

พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีระยะเวลาที่ป่วยยาวนานถึง 332 วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลระยะท้ายและกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีระยะเวลาที่ป่วยเพียง 49 และ 21 วัน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรด้านระยะเวลาดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อวันในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีค่าใช้จ่ายที่ใช้ในแผนกผู้ป่วยในต่อจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อจำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยต่ำที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหลือ 5,477 บาท/วัน และ 809 บาท/วัน ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ใช้บริการทางการแพทย์เฉพาะในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตพบว่าแม้จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนกฉุกเฉินในแต่ละกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบว่าการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) เลย ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะท้าย มีจำนวนวันที่รักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก 7 วัน และ 3 วัน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Romano และคณะ^[12] ที่พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ในวาระสุดท้ายของชีวิตสูง

กว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับ-
ประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นประมาณ 5 เท่า และ
มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือใน
หอผู้ป่วยหนักสูงกว่าประมาณ 4 เท่า
นอกจากนั้นแล้ว งานวิจัยนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมี
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือน
สุดท้ายสั้นที่สุด และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว
ในโรงพยาบาลในทุกแผนกที่ต่ำที่สุด โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งค่าใช้จ่ายในแผนกผู้ป่วยในและค่าใช้จ่าย
โดยรวม ซึ่งต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะ
ท้าย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ผลของงานวิจัยนี้เป็นไปในทางเดียวกัน
กับการศึกษาของ Seow และคณะ^[5] ที่พบว่า
กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีค่าใช้จ่ายใน
การดูแลขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง
ระยะเวลา 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ต่ำกว่า
กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
โดยเฉลี่ยประมาณ 2,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน
สาเหตุของการที่การดูแลแบบประคับประคอง
ตั้งแต่เริ่มต้นสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล
ได้ อาจอธิบายได้จากการศึกษาของ Scibetta
และคณะ และ Temel และคณะ^[3,6] ที่พบว่ากา
รดูแลแบบประคับประคอง ช่วยลดอัตราการ
รักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในและแผนก
ผู้ป่วยหนักและลดการใช้บริการในแผนกฉุกเฉิน
และการทำหัตถการที่รุกรานในระยะเวลายุติ
ของชีวิต

สำหรับการศึกษาผลของการให้คำปรึกษา
จากหน่วยงานประคับประคองที่มีต่อค่าใช้จ่ายที่
เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเปรียบเทียบ

ค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการให้คำปรึกษา พบว่าใน
กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่
ระยะเริ่มต้น มีค่าใช้จ่ายหลังการให้คำปรึกษาสูง
กว่าก่อนให้คำปรึกษา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของหน้าของ
Zaborowski และคณะ และ Higuchi และคณะ^[7,14]
ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับการปรึกษาแบบ
ประคับประคองจะมีค่าใช้จ่ายที่ลดลงประมาณ
ร้อยละ 26 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่
ลดลงอย่างน้อย 1 วันหลังการปรึกษา สำหรับ
สาเหตุที่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีค่าใช้จ่ายที่
มากกว่าอาจสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี
ระยะเวลาที่ได้รับการดูแลหลังจากปรึกษานาน
กว่าโดยมีจำนวนวันที่ดูแล 200 วัน เทียบกับ
จำนวน 15 วัน ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองในระยะท้าย นอกจากนี้ อาจ
เกี่ยวข้องกับการที่ไม่สามารถระบุวันที่เริ่มปรึกษา
ทีมประคับประคองได้ชัดเจน โดยเฉพาะในแผนก
ผู้ป่วยในเนื่องจากการลงทะเบียน Z51.5 มักจะลงใน
ฐานข้อมูลเป็นวันเดียวกับวันที่จำหน่ายผู้ป่วย
ออกจากโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถแยก
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการให้คำปรึกษาโดยตรง
ได้ และการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อาจมีการเริ่มให้คำปรึกษา
ตั้งแต่ในระยะที่มะเร็งไม่ได้ลุกลามมาก หรือ
ผู้ป่วยอาจยังสามารถทำหัตถการหรือได้รับการ
รักษาอื่น ๆ ได้อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา
ในตารางที่ 5 เกี่ยวกับสัดส่วนในการทำหัตถการ
ต่าง ๆ ซึ่งจะพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีสัดส่วนใน
การใส่ท่อช่วยหายใจ และการกดนิ้วหัวใจที่มาก

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต

ขึ้น และไม่มีการลดลงของการผ่าตัดและรับเคมีบำบัดหลังการปรึกษา ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยเชิงบริบท เช่น มาตรฐานการดูแลในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน หรือเกณฑ์ในการตัดสินใจทำหัตถการที่หลากหลายระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย

ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมีค่าใช้จ่ายหลังการให้คำปรึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการลดลงของค่าใช้จ่ายมากกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายก่อนปรึกษา เนื่องจากในกลุ่มนี้มีการลดลงของอัตราการทำการหัตถการที่อาจจะไม่จำเป็น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัด และการทำเคมีบำบัด หลังการศึกษาย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Morrison และคณะ^[15] และ Kavalieratos และคณะ^[16] ที่ชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดการทำการหัตถการที่รุกรานในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลงได้อย่างชัดเจน ซึ่งการลดการทำการหัตถการต่าง ๆ อาจสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ก่อนการเสียชีวิต ซึ่งหมายถึงอาการของผู้ป่วยที่มีความถดถอยมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติจึงอาจยอมรับการปฏิเสธหัตถการที่ยื้อชีวิตซึ่งอาจสร้างความเจ็บป่วยและทรมานได้มากกว่า

งานวิจัยนี้มีการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์จริงในการให้บริการทางการแพทย์ ข้อมูลที่ได้รับมาจากแหล่งข้อมูลที่เป็นรูปธรรม และเชื่อถือได้ ส่งผลให้การวิเคราะห์และข้อสรุปมีความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ

ในสถานพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน และมีความหลากหลายของวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมและชัดเจนในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและการใช้บริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ใช้การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลบางอย่างอาจไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความลำเอียง (bias) ในการวิเคราะห์และการตีความผลลัพธ์ได้

ในงานวิจัยนี้แม้จะมีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่เหมาะสมก่อนเริ่มงานวิจัย แต่ในการเก็บข้อมูลจริงแล้วกลับพบว่า มีจำนวนของกลุ่มที่สนใจศึกษาน้อยกว่าจำนวนที่วางแผนไว้แม้จะอาศัยการดึงข้อมูลย้อนหลังทั้งหมดจากฐานข้อมูลแล้วก็ตาม ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ดึงจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลย้อนหลัง ทำให้มีข้อมูลที่จำกัดเนื่องจากข้อมูลบางอย่างไม่ได้มีการบันทึกในฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลทำให้ขาดข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลระยะของโรคมะเร็ง (Staging) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการเสียชีวิต และการได้รับหัตถการต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยได้ และยังขาดข้อมูลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Planning) ที่ไม่ได้มีการลงข้อมูลรายละเอียดผล

การตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ ทำให้ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร ส่งผล ต่อการตัดสินใจในการให้การรักษาและทำ หัตถการต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูล ต้นทุนค่าใช้จ่ายไม่สามารถแยกเฉพาะค่าใช้จ่าย ในการให้การดูแลแบบประคับประคองได้ และใน งานวิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่ได้แยกต้นทุน กรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ โรคระยะเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการ วิเคราะห์ข้อมูลได้

ในงานวิจัยนี้ได้เลือกวิเคราะห์ข้อมูลแยก ในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยน่าจะมีอาการถดถอย มาก และเริ่มเข้าสู่การดูแลในระยะสุดท้าย แต่ อย่างไรก็ตามพบว่า การเลือกวิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุนในช่วงนี้อาจจะนำมาสู่อคติในการวิจัยได้ เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่สั้น และกลุ่มผู้ป่วย ในงานวิจัยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือได้รับการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะ ระยะท้าย มีระยะเวลามีชีวิตอยู่เพียง 21 และ 49 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น และอาจ เป็นช่วงเวลาที่ยังได้รับการดูแลแบบเต็มที่ (Intensive care) อยู่ ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีระยะเวลามีชีวิตที่ นานกว่า ซึ่งอาจพ้นช่วงที่ได้รับ Intensive care ไปแล้ว

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้มุ่งเน้นไปที่การวัดผล ในเชิงปริมาณ เช่น ค่าใช้จ่าย และการใช้บริการ ทางทางการแพทย์ อาจทำให้ขาดการวัดผลในเชิง คุณภาพ เช่น การปรับปรุงคุณภาพชีวิต การลด ความทุกข์ทรมาน หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งส่งผลให้การวิเคราะห์มี

ข้อจำกัด และพบว่าการศึกษานี้เน้นเฉพาะผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการรักษาและเสียชีวิตใน โรงพยาบาลนครพิงค์เท่านั้น ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึง ภาพรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลระยะ สุดท้ายที่บ้าน หรือได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองในชุมชน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะ เริ่มต้นสามารถลดการใช้บริการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต รวมถึงลด ค่าใช้จ่ายต่อวันในการดูแลผู้ป่วย และการให้ ค่าปรึกษาจากหน่วยงานประคับประคองช่วยลด อัตราการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในกลุ่มที่ได้รับ การดูแลในระยะท้ายได้ การนำผลการศึกษานี้ไป ใช้สามารถเป็นแนวทางในการวางแผนและ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะสุขภาพซับซ้อนให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายและ บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น ข้อเสนอแนะ ในการวางแผนงานวิจัยในการศึกษาค้างต่อไป ควรเพิ่ม การวัดผลในเชิงคุณภาพ เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจ ของครอบครัว และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อ การดูแลที่ได้รับ จะช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบ ของการดูแลแบบประคับประคองได้ดียิ่งขึ้น และ มีการขยายการศึกษาไปยังผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการ ดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผลการวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในวงกว้างและ ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะช่วยในการ พัฒนามาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองที่ สามารถปรับใช้ได้หลายบริบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Switzerland: World Health Organization; c2020 [updated 2020 Aug 5; cited 2024 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures 2022 EDITION [Internet]. Virginia: National Hospice and Palliative Care Organization; c2022 [updated 2022 Dec]. Available from: <https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/NHPCO-Facts-Figures-2022.pdf>
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.
4. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302(7):741-9. doi: 10.1001/jama.2009.1198.
5. Seow H, Barbera LC, McGrail K, Burge F, Guthrie DM, Lawson B, et al. Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score-Matched Cohort Study. *JCO Oncol Pract*. 2022;18(1):e183-92. doi: 10.1200/OP.21.00299
6. Scibetta C, Kerr K, McGuire J, Rabow MW. The Costs of Waiting: Implications of the Timing of Palliative Care Consultation among a Cohort of Decedents at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. 2016;19(1):69-75. doi: 10.1089/jpm.2015.0119.
7. Zaborowski N, Scheu A, Glowacki N, Lindell M, Battle-Miller K. Early Palliative Care Consults Reduce Patients' Length of Stay and Overall Hospital Costs. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022;39(11):1268-73. doi: 10.1177/10499091211067811.
8. Yang GM, Lim C, Zhuang Q, Ong WY. Prevalence and timing of specialist palliative care access among advanced cancer patients and association with hospital death. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2022;31:20101058211055279.

9. Ghabashi EH, Sharaf BM, Kalaktawi WA, Calacattawi R, Calacattawi AW. The Magnitude and Effects of Early Integration of Palliative Care Into Oncology Service Among Adult Advanced Cancer Patients at a Tertiary Care Hospital. *Cureus*. 2021;13(5):e15313. doi: 10.7759/cureus.15313.
10. Duncan AJ, Holkup LM, Sang HI, Sahr SM. Benefits of Early Utilization of Palliative Care Consultation in Trauma Patients. *Crit Care Explor*. 2023;5(9):e0963. doi: 10.1097/CCE.0000000000000963.
11. Bigi S, Borelli E, Potenza L, Gilioli F, Artioli F, Porzio G, Luppi M, et al. Early palliative care for solid and blood cancer patients and caregivers: Quantitative and qualitative results of a long-term experience as a case of value-based medicine. *Front Public Health*. 2023;11:1092145. doi: 10.3389/fpubh.2023.1092145.
12. Romano AM, Gade KE, Nielsen G, Havard R, Harrison JH Jr, Barclay J, et al. Early Palliative Care Reduces End-of-Life Intensive Care Unit (ICU) Use but Not ICU Course in Patients with Advanced Cancer. *Oncologist*. 2017;22(3):318-23. doi: 10.1634/theoncologist.2016-0227.
13. Kane RL, Wales J, Bernstein L, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. *Lancet*. 1984;1(8382):890-4. doi: 10.1016/s0140-6736(84)91349-7.
14. Higuchi M, Luna J, Blinderman C, Salmasian H, Vawdrey D, Adelman RD. Hospital-Wide Impact of Early Palliative Care Interventions on Direct Costs and Length of Stay (S734). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(2):674-5.
15. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*. 2008;168(16):1783-90. doi: 10.1001/archinte.168.16.1783.
16. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104-14. doi: 10.1001/jama.2016.16840.