

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลลำพูน

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยระดับประคองบางรายมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อนำไปสู่การกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่มีการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยระดับประคอง และใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูนทุกราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 529 คน กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน จำนวน 96 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.15 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.42 อายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 65.97 กลุ่มโรคส่วนใหญ่ไม่ใช่กลุ่มโรคเมเร็ง คิดเป็นร้อยละ 59.92 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ได้แก่ การพักอาศัยใน Nursing home (Adj.OR 36.99, 95% CI 8.95 - 152.98, $p < 0.001$) สมรรถนะของผู้ป่วยระดับปานกลางขึ้นไป PPS 40-60 (Adj.OR 10.56, 95% CI 6.03 - 18.48, $p < 0.001$) PPS 70-100 (Adj.OR 13.24, 95% CI 4.43 - 39.59, $p < 0.001$) และการไม่ได้ประเมินและวางแผนการดูแลโดยทีมระดับประคองก่อนกลับบ้าน (Adj.OR 3.69, 95% CI 1.88 - 7.24, $p < 0.001$) ตามลำดับ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 65.62 เนื่องจากความเจ็บป่วยจากตัวโรคเดิม และผู้ป่วยระดับประคองที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 47.91 จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

สรุป: ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยระดับประคอง ได้แก่ การพักอาศัยใน Nursing home สมรรถนะของผู้ป่วยระดับปานกลางขึ้นไป และการไม่ได้ประเมินและวางแผนการดูแลโดยทีมระดับประคองก่อนกลับบ้าน ตามลำดับ

คำสำคัญ: การกลับมารักษาซ้ำ, การดูแลแบบประคับประคอง, ปัจจัยทำนาย, PPS

ส่งบทความ: 27 ก.พ. 2568, แก้ไขบทความ: 25 พ.ค. 2568, ตอบรับบทความ: 26 พ.ค. 2568

ติดต่อบทความ

พญ.ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

E-mail: Ch_promarat@hotmail.com

Original Article

**Factors predicting hospital readmission of palliative care patients
at Lamphun Hospital**

Chortip Promarat

Department of Primary Care and Social Medicine, Lamphun Hospital

ABSTRACT

Introduction: Readmission of some palliative care patients may affect their families and the healthcare system.

Objective: This study aimed to study the factors predicting hospital readmission within 30 days among patients receiving palliative care to identify the risk factors for readmission and to further develop the quality of care.

Methods: A retrospective cohort study of all palliative care patients in the inpatient department of Lamphun Hospital between October 2022 and September 2024. Baseline and clinical data were analyzed using descriptive statistics, and associated with hospital readmission were analyzed using logistic regression.

Results: A total the 529 palliative care patients receiving hospital care, 96 patients were readmitted within 30 days. 51.42% were female, 65.97% were over 65 years old, and 59.92 % were not cancer. Factors predicting hospital readmission within 30 days were living at nursing home (Adj.OR 36.99, 95% CI 8.95 - 152.98, $p<0.001$), moderate to high performance of patients at PPS 40-60 (Adj.OR 10.56, 95% CI 6.03 - 18.48, $p<0.001$) PPS 70-100 (Adj.OR 13.24, 95% CI 4.43 - 39.59, $p<0.001$) and the lack of assessment and care planning by the palliative care team before discharge (Adj.OR 3.69, 95% CI 1.88 - 7.24, $p<0.001$) respectively. The main reason of readmission to the hospital within 30 days causes of primary palliative care disease 65.62%. Most of the palliative care patients who were readmitted to the hospital requested to die at home 47.91%.

Conclusion: Factors predicting with hospital readmission within 30 days among palliative care patients included living in a nursing home, moderate to high performance status of patients, and lack of assessment and care planning by the palliative care team before discharge, respectively.

Keywords: readmission, palliative care, predictive factors, PPS

Submitted: 2025 Feb 27, Revised: 2025 May 25, Accepted: 2025 May 26

Contact

Chortip Promarat, M.D., Department of Primary Care and Social Medicine, Lamphun Hospital
E-mail: Ch_promarat@hotmail.com

บทนำ

เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้ายหรือตัวโรคมีการลุกลาม สมรรถนะร่างกายของผู้ป่วยจะถดถอยมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนเสียชีวิต ได้แก่ อาการปวด หายใจเหนื่อย สับสน ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงตามลำดับ^[1] ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการดูแลอาการต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมมิติกายใจสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว โดยอยู่บนเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วย และครอบครัว^[2] เพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญภาวะสูญเสียได้อย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล นอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว ควรได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจการพยากรณ์โรค และมีการเตรียมความพร้อมในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่าน รวมถึงสามารถจัดการอาการเบื้องต้นในช่วงท้ายของชีวิตที่บ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองบางรายที่จำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้านมีการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และระบบบริการสุขภาพด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วย การให้การดูแลในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย^[3] ตลอดจนผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาในต่างประเทศพบปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ได้แก่ การลุกลามของโรคที่มากขึ้น (Disease progression) ร้อยละ 63 และการเกิดโรคร่วมใหม่ (Development of

new co-morbidity) ร้อยละ 17 ตามลำดับ^[4] มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน และเสียชีวิตในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านพบว่าร้อยละ 57.7 มีการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะกลับมาภายใน 1 เดือน สาเหตุหลัก ได้แก่ acute intercurrent event และuncontrolled symptom ร้อยละ 56.3 และ 11.3 ตามลำดับ และการได้รับคำปรึกษาจากทีมประคับประคองจะช่วยลดอัตราของการกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาล^[5] สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลเกิดจาก recurrent problem โดยอาการปวดพบบ่อยที่สุด ร้อยละ 30.16 ปัจจัยจากภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 13.80 ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัวซึ่งเกิดจากความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และความคาดหวังต่อการรักษา นอกจากนี้ร้อยละ 43.59 ผู้ป่วยและครอบครัว ตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าเลือกดูแลอย่างเต็มที่ และร้อยละ 7.69 พบว่ายังไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า^[6] จากการศึกษาของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 34.1 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่าถึงร้อยละ 59.91 สาเหตุของการกลับมารักษซ้ำเกิดจากโรคเดิม ร้อยละ 56.76 โดยปัจจัยที่เพิ่มการกลับมารักษซ้ำ คือ ผู้ป่วยเพศชาย และภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล^[7]

จากข้อมูลของศูนย์ประคับประคองโรงพยาบาลลำพูน พบว่าในปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยมากขึ้นโดยมีจำนวน 564, 720 และ 842 ราย/ปี ตามลำดับ การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลลำพูนมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดูแล

ต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนให้การดูแลญาติหลังการสูญเสีย (Bereavement care) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) เพื่อร่วมกันวางแผนและตัดสินใจในการเลือกเป้าหมาย และแผนการดูแลรักษา มีระบบการดูแลต่อเนื่อง ระบบส่งต่อ มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลในระดับโรงพยาบาล จนถึงชุมชน แต่จากการดำเนินงานยังพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลนั้นส่งผลกระทบต่อรวมต่อการดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติ และที่ผ่านมาโรงพยาบาลลำพูนยังไม่เคยได้มีการค้นหาสาเหตุ และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิเคราะห์เหตุปัจจัย เพื่อนำไปสู่กระบวนการหรือรูปแบบการดูแลที่จะช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยประคับประคอง และพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านตัวโรค และความรุนแรงของอาการ ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง

2. เพื่อศึกษาสาเหตุและผลของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง Retrospective cohort study

ประชากรที่ใช้ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มโรคที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

1. กลุ่มโรคระยะเรื้อรังระยะแพร่กระจาย หรือโรคระยะเรื้อรังที่มีสภาวะที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงได้

2. กลุ่มที่ไม่ใช่โรคระยะเรื้อรัง

- โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

- โรคหัวใจล้มเหลว ที่มีความรุนแรงตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class 3 และ 4

- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีการใช้ Long term home oxygen

- โรคตับแข็งระยะ Decompensated Cirrhosis (stage 3 และ 4)

- โรคทางระบบประสาทและสมอง ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา โรคสมองเสื่อมระยะท้าย (Advance Dementia) FAST Staging 7C ขึ้นไปร่วมกับมีภาวะการติดเชื้อ

- โรคอื่น ๆ ที่แพทย์มีความเห็นว่าอยู่ในระยะท้าย และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มโรคที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีรหัส ICD-10 code Z51.5 (Palliative care) ที่เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มโรคที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี และได้รับการจำหน่ายให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีบันทึกการเสียชีวิตในขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือ ผู้ป่วย และครอบครัวไม่ประสงค์จะรับการรักษาแบบประคับประคอง

เก็บข้อมูลจากจากเวชระเบียนโรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - 30 กันยายน พ.ศ.2567

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นกลุ่มโรคที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีรหัส ICD-10 code Z51.5 (Palliative care) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกราย จำนวน 529 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้ อาศัยข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สิทธิการรักษา สถานะ
2. ข้อมูลด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลใน 30 วัน ได้แก่

ปัจจัยด้านครอบครัว : สถานที่พักอาศัย ขณะเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว การมีผู้ดูแล

ปัจจัยด้านสุขภาพ : การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ระดับ palliative performance scale การใส่สายและอุปกรณ์ต่าง ๆ

ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง: การได้รับการวางแผนการดูแลก่อนกลับบ้านโดยทีมประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร และการได้รับติดตามภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3. การกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน สาเหตุ และผลลัพธ์ของการกลับมารักษซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำค่าต่าง ๆ มาคำนวณทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะทางคลินิก ข้อมูลของครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องของกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อมูลการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน สาเหตุ และผลของการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ

2. การหาปัจจัยทำนายการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยระดับประคองภายใน 30 วัน ใช้สถิติ Logistic regression เนื่องจากเป็น prediction model analysis จะมีการวิเคราะห์แบบสองขั้นตอน (two - stage analysis) ได้แก่ การเลือกตัวแปรที่ให้ค่า p-value ต่ำกว่า 0.2 จากการวิเคราะห์ด้วย univariable logistic regression นำเสนอด้วย crude odds ratio และ 95% confidence interval จากนั้นนำตัวแปรเข้าตัวแบบที่วิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression เลือกตัวแปรที่ให้ p-value ต่ำกว่า 0.05 ด้วยวิธี backward elimination นำเสนอด้วย Adjusted Odds ratio (Adj.OR) และทำการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความถูกต้องของตัวแบบสุดท้าย และนำเสนอด้วย Receiver Operating Characteristic (ROC) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 23 for Windows

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน ลำดับที่ 13/2567 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยระดับประคองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2567 มีจำนวน

1,473 คน ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 1,231 คน ผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วยจำนวน 702 คน คิดเป็นร้อยละ 57.03 ผู้ป่วยจำนวน 529 คน ได้จำหน่ายเพื่อไปดูแลแบบ ประคับประคองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 42.97 และมีผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 96 คน กลับเข้ามารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 18.15

ผู้ป่วยประคับประคองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.42 เพศชายร้อยละ 48.58 ส่วนใหญ่อายุ มากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.97 ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส ร้อยละ 58.03 รองลงมา สถานภาพหม้าย ร้อยละ 22.69 ตามลำดับ สิทธิ การรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ร้อยละ 85.82 ผู้ป่วยประคับประคอง

พักอาศัยที่บ้านของตนเองมากที่สุดถึง ร้อยละ 94.71 ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 52.93 และ ร้อยละ 92.44 จะมีผู้ดูแลที่บ้าน เมื่อพิจารณา ปัจจัยทั่วไปและปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย ประคับประคองที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานที่พักของ ผู้ป่วย และการมีผู้ดูแลที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่ พักอาศัยใน Nursing home และผู้ป่วย ประคับประคองที่ขาดผู้ดูแลที่บ้าน จะเพิ่มโอกาส ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า ถึง 17.28 ($p<0.001$) และ 3.02 เท่า ($p=0.002$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 General characteristics of palliative care patients' received first inpatient and characteristics of 30-day readmission and non readmission patients.

	Total (n=529)	Readmission (n=96)	Non readmission (n=437)	Crude OR (95%CI)	p-value
Sex					
Male	257 (48.58)	48 (18.68)	209 (81.32)	1.07 (0.69-1.67)	0.759
Female	272 (51.42)	48 (17.65)	224 (82.35)	1.00	
Age(years)					
≤ 65 ปี	180 (34.03)	37 (20.56)	143 (79.44)	1.27 (0.8-2.01)	0.303
>65 ปี	349 (65.97)	59 (16.91)	290 (83.09)	1.00	
Status					
Couple	307 (58.03)	48 (15.64)	259 (84.36)	1.00	
Single	93 (17.58)	17 (18.28)	76 (81.72)	0.83 (0.45-1.52)	0.545
Widowed	120 (22.69)	29 (24.17)	91 (75.83)	1.43 (0.3-2.79)	0.302
Separated	9 (1.70)	2 (22.22)	7 (77.78)	1.28 (0.24-6.70)	0.772
Health insurance					
Universal coverage	454 (85.82)	81 (17.84)	373 (82.16)	1.00	
Civil service welfare	63 (11.91)	14 (22.22)	49 (77.78)	1.32 (0.69-2.50)	0.401
Other	12 (2.27)	1 (8.33)	11 (91.67)	0.42 (0.05-3.29)	0.408
Residence					
Patient's own home	501 (94.71)	81 (16.17)	420 (83.83)	1.00	
Relatives' home	15 (2.83)	5 (33.33)	10 (66.67)	2.59 (0.86-7.79)	0.089
Nursing home	13 (2.46)	10 (76.92)	3 (23.08)	17.28 (4.65-64.18)	<0.001
Family characteristics					
Single family	280 (52.93)	58 (20.71)	222 (79.29)	1.45 (0.93-2.28)	0.105
Extended family	249 (47.07)	38 (15.26)	211 (84.74)	1.00	
Care giver					
No	40 (7.56)	15 (37.50)	25 (62.50)	3.02 (1.53-5.98)	0.002
Yes	489 (92.44)	81 (16.56)	408 (83.44)	1.00	

ในการศึกษาผู้ป่วยระดับประคอง เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 40.08 โดยเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร และลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และท่อน้ำดี ร้อยละ 10.02 9.64 และ 7.18 ตามลำดับ กลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็งร้อยละ 59.92 ได้แก่ โรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา โรคทางสมอง และระบบประสาท และโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 33.08 11.53 และ 6.80 ตามลำดับ ผู้ป่วยระดับประคองส่วนใหญ่มีระยะเวลานานอนโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วัน ร้อยละ 54.63 และ 8-21 วัน ร้อยละ 36.11 ผู้ป่วยระดับประคองส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะหรือการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยโดย Palliative performance scale อยู่ในช่วง 10-30 ร้อยละ 72.02 รองลงมา มีระดับ PPS 40-60 คิดเป็นร้อยละ 24.95 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการประเมิน และวางแผนการดูแล โดยทีมระดับประคอง ร้อยละ 85.82 แต่ได้ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรน้อยเพียงร้อยละ 20.98 ภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยได้รับการติดตามโดยทีมระดับประคอง คิดเป็น ร้อยละ 65.97 ผู้ป่วย

ระดับประคองมีการใส่สาย และอุปกรณ์ที่บ้านได้แก่ การให้ออกซิเจนที่บ้านร้อยละ 37.62 ใส่สายให้อาหารทางจมูกหรือใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 17.39 และใส่ท่อหลอดลมคอ ร้อยละ 2.83 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยระดับประคองที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มโรคมะเร็งเพิ่มโอกาสกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าถึง 2.24 เท่า ($p<0.001$) สมรรถนะของผู้ป่วยระดับประคองระดับปานกลางขึ้นไป ได้แก่ PPS 40-60 และ PPS 70-100 เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล 7.77 และ 8.20 เท่า ($p<0.001$) ส่วนการไม่ได้รับการประเมิน และวางแผนการดูแลก่อนกลับบ้านโดยทีมระดับประคอง และการไม่ได้รับการติดตามโดยทีมระดับประคองภายหลังจากออกโรงพยาบาลเพิ่มโอกาสกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าถึง 2.31 ($p=0.003$) และ 1.85 เท่า ($p=0.007$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Clinical characteristics of palliative care patients' received first inpatient and characteristics of 30-day readmission and non readmission patients

	Total (n=529)	Readmission (n=92)	Non Readmission (n=437)	Crude OR (95%CI)	p-value
Disease					
Cancer	212 (40.08)	53 (25.00)	159 (75.00)	2.24 (1.43-3.50)	<0.001
Non cancer	317 (59.92)	39 (12.30)	278 (87.70)	1.00	
Cancer	212 (40.08)	53 (25.00)	159 (75.00)		
Breast	19 (3.59)	8 (42.11)	11 (57.89)		
Lung	51 (9.64)	14 (27.45)	37 (72.55)		
Liver and Biliary tract	38 (7.18)	7 (18.42)	31 (81.58)		
Stomach and colorectal	53 (10.02)	11(20.75)	42 (79.25)		
Head and neck	12 (2.27)	3 (25.00)	9 (75.00)		
Cervical and ovarian	16 (3.02)	4 (25.00)	12 (75.00)		
Other	23 (4.34)	7(69.57)	16 (30.43)		
Non cancer	317 (59.92)	39 (12.30)	278 (87.70)		
ESRD	36 (6.80)	10 (27.78)	26 (72.22)		
COPD	18 (3.40)	3 (16.67)	15 (83.33)		
CHF	23 (4.35)	7 (30.43)	16 (69.57)		
Advance cirrhosis	4 (0.76)	0	4 (100)		

ตารางที่ 2 Clinical characteristics of palliative care patients' received first inpatient and characteristics of 30-day readmission and non readmission patients (ต่อ)

	Total (n=529)	Readmission (n=92)	Non Readmission (n=437)	Crude OR (95%CI)	p-value
Neurological	61 (11.53)	3 (4.92)	58 (95.08)		
Progressive disease with life limiting illness	175 (33.08)	19 (10.86)	156 (89.14)		
Length of hospital stay					
1-7 Days	289 (54.63)	49 (17.00)	240 (83.00)	1.00	
8-21 Days	191 (36.11)	39 (20.42)	152 (79.58)	1.26 (0.79-2.01)	0.338
> 21 Days	49 (9.26)	8 (16.33)	41 (83.67)	0.96 (0.42-2.16)	0.913
Performance status					
PPS 10-30	381 (72.02)	33 (8.66)	348 (91.34)	1.00	
PPS 40-60	132 (24.95)	56 (42.42)	76 (57.58)	7.77 (4.73-12.77)	<0.001
PPS 70-100	16 (3.03)	7 (43.75)	9 (56.25)	8.20 (2.89-23.45)	<0.001
Assessment and plan by palliative care term before discharge					
No	75 (14.18)	23 (30.67)	52 (69.33)	2.31 (1.33-4.01)	0.003
Yes	454 (85.82)	73 (16.08)	381 (83.92)	1.00	
Written advance care plan					
No	418 (79.02)	73 (17.46)	345 (82.54)	0.81 (0.48-1.37)	0.429
Yes	111 (20.98)	23 (20.72)	88 (79.28)	1.00	
Follow up by palliative care term					
No	180 (34.03)	44 (24.44)	136 (75.56)	1.85 (1.18-2.90)	0.007
Yes	349 (65.97)	52 (14.90)	297 (85.10)	1.00	
Inserting medical equipment					
Home oxygen					
Yes	199 (37.62)	30 (15.08)	169 (84.92)	0.71 (0.44-1.14)	0.156
No	330 (62.38)	66 (20.00)	264 (80.00)	1.00	
Nasogastric tube or Urinary catheter					
Yes	92(17.39)	18 (19.57)	74 (80.43)	1.12 (0.63-1.98)	0.698
No	437 (82.61)	78 (17.85)	359 (82.15)	1.00	
Tracheostomy tube					
Yes	15 (2.83)	3 (20.0)	12 (80.0)	1.13 (0.31-4.09)	0.850
No	514 (97.16)	93 (18.09)	421 (81.91)	1.00	

จากการวิเคราะห์ด้วย Univariable logistic regression เพื่อดูปัจจัยทำนายกับการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ของผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เลือก ตัวแปรที่ให้ค่า p-value ต่ำกว่า 0.2 ได้แก่ สถานที่พักอาศัย การมีผู้ดูแลที่บ้าน ลักษณะ ครอบครัว กลุ่มโรค สมรรถนะของผู้ป่วย การประเมิน และวางแผนการดูแลก่อนกลับบ้าน โดยทีมประคับประคอง การติดตามโดย ทีมประคับประคองภายหลังจากออกโรงพยาบาล และใช้ออกซิเจนที่บ้าน มาวิเคราะห์ด้วยวิธี

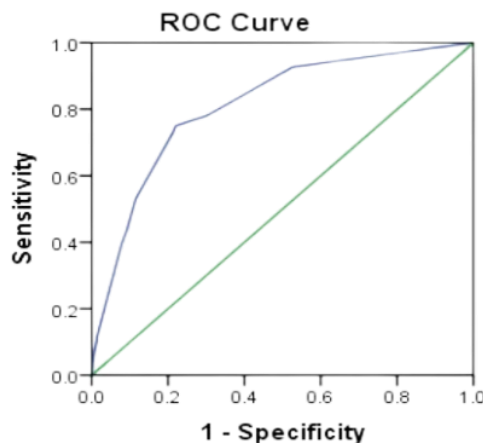
Multivariable logistic regression ด้วยวิธี backward elimination พบว่าปัจจัยทำนาย การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยพัก อาศัยใน Nursing home (AdjOR 36.99, 95% CI 8.94- 152.98) สมรรถนะของผู้ป่วย ระดับปานกลางขึ้นไป PPS 40-60 (AdjOR 10.56, 95%CI 6.03- 18.48) PPS 70-100 (AdjOR 13.24, 95% CI 4.43- 39.59) และ การไม่ได้รับการประเมิน และวางแผนการดูแล

โดยทีมระดับประคองก่อนกลับบ้าน (AdjOR 3.69, 95% CI 1.88 - 7.24) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และจากการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความถูกต้องของตัวแบบสุดท้ายโดยใช้ตัวแปร ที่พิกอาศัยของผู้ป่วย สมรรถนะของ

ผู้ป่วย การประเมินและวางแผนดูแลโดยทีมระดับประคองก่อนกลับบ้าน พบว่า พื้นที่ใต้กราฟเส้นโค้ง ROC (Area under the curve) เท่ากับ 0.812 (95% CI 0.765 - 0.859) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 3 Factors predicting 30-day hospital readmission of palliative care patient after first inpatient discharge

	Multivariable analysis	
	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Residence:		
Patient's own home	1	
Nursing home	36.99 (8.95- 152.98)	<0.001
Performance status:		
PPS10-30	1	
PPS 40-60	10.56 (6.03- 18.48)	<0.001
PPS 70-100	13.24 (4.43- 39.59)	<0.001
Assessment and plan by palliative care term before discharge:		
Yes	1	
No	3.69 (1.88- 7.24)	<0.001



ภาพที่ 1 Area under the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 65.62 เกิดจากตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม ได้แก่ อาการปวด หรือเหนื่อยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 45.83 การทำหัตถการบางอย่าง เช่น การเติมเลือด การให้ยาเคมีบำบัด การใส่สายยางให้อาหารผ่าน

ทางผิวหนังหน้าท้อง ร้อยละ 11.46 และสาเหตุจากการถดถอยของตัวโรค เข้าสู่ระยะสุดท้าย ร้อยละ 8.33 สำหรับสาเหตุจากภาวะการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ พบร้อยละ 29.17 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Causes of 30-day hospital readmission of palliative care patient

Causes of unplan readmit	จำนวน (ร้อยละ)
Causes of palliative disease	63 (65.62)
Uncontrolled or refractory symptoms	44 (45.83)
Intervention requiring technical expertise	11 (11.46)
Decline in general condition	8 (8.33)
Infection: pneumonia UTI	28 (29.17)
Other	5 (5.21)

ผู้ป่วยระดับประคองที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 47.91 เลือกที่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลลำพูน ร้อยละ 35.42 และอีกร้อยละ 5.21 ขอกลับไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 11.46 ยังไม่เสียชีวิต และได้จำหน่ายให้กลับไปดูแลที่บ้าน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Outcome of hospital stay after 30-day hospital readmission

Outcome of hospital stay after the UHA	จำนวน (ร้อยละ)
Death in hospital	34 (35.42)
Death at home	46 (47.91)
Transfer to another hospital	5 (5.21)
Alive	11 (11.46)

อภิปรายผล

การศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระดับประคองพบค่อนข้างน้อย แต่ถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อการดูแลต่อเนื่อง การให้บริการในการดูแล รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง^[8] จากการศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยระดับประคองที่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 เท่ากับ ร้อยละ 18.15 แตกต่างจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นที่พบผู้ป่วยระดับประคองกลับมารักษาซ้ำเพียงร้อยละ 3.5^[6] โรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ที่มีผู้ป่วยระดับประคองกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 34.1 และ 34.5 ตามลำดับ^[7,9] ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน โรงพยาบาลสันทราย และ

โรงพยาบาลดอยสะเก็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ในขณะที่โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 ดูแลผู้ป่วยระดับทุติยภูมิ ดังนั้น การเข้าถึงบริการด้านการดูแลแบบประคอง รวมถึงการกลับเข้ามารักษาซ้ำเมื่อผู้ป่วยระดับประคองมีอาการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันออกไป

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยระดับประคองเพศชายมีสัดส่วนการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระดับประคอง กลุ่มโรคมะเร็งในประเทศฝรั่งเศส ที่พบผู้ป่วยเพศชายมีอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1.28 เท่า^[5] และการศึกษาในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบผู้ป่วยระดับประคองเพศชายมีโอกาสกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[7] สำหรับปัจจัยด้านอายุพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ

น้อยกว่า 65 ปี มีแนวโน้มกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไต้หวัน ที่พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอายุที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ^[8]

จากการศึกษาปัจจัยด้านสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วยระดับประคองพบว่า ผู้ป่วยที่พักอาศัยใน Nursing home เพิ่มโอกาสการกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึง 17.28 เท่า แตกต่างจากการศึกษาในฝรั่งเศสที่พบว่า การที่ผู้ป่วยพักอาศัยที่บ้านของตนเองจะเพิ่มโอกาสกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า^[5] ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ใน Nursing Home น้อยอยู่แล้ว ในขณะที่บริบทของจังหวัดลำพูนเป็นสังคมสูงอายุที่มีประชากรสูงอายุร้อยละ 28.19^[10] ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลอยู่ในวัยทำงานไม่มีเวลาให้การดูแลเต็มที่ จึงทำให้ Nursing home เข้ามามีบทบาทในการดูแลร่วมโดยเฉพาะกลุ่มสูงอายุที่มีความเปราะบาง ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ใน Nursing home หากพบว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเกินศักยภาพในการดูแล มักจะมีการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่า การที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้านเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยระดับประคองกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมากกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแล 3.02 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยระดับประคองอาศัยอยู่บ้านเพียงคนเดียวมีแนวโน้มการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มากกว่า 1.30 เท่า และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[5] ทั้งนี้ เนื่องจากเมื่อตัวโรคมีการดำเนินไปเรื่อย ๆ และเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ เช่น มีอาการปวด หายใจไม่อิ่ม มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือ

ซึมเศร้า นอกจากนี้อาจจะมีปัญหาซับซ้อน อันเกิดจากหลากหลายปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง หรือจากครอบครัว^[11-12] ดังนั้นการขาดผู้ดูแลที่จะช่วยดูแลปัญหาดังกล่าว ย่อมส่งผลต่อภาวะทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากขึ้น ในหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระดับประคองที่เสียชีวิตที่บ้านจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะกลับไปใช้ช่วงเวลาวาระสุดท้ายที่บ้านมากกว่า^[13-15] อย่างไรก็ตามความเห็น้อยลำของผู้ดูแลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ^[7,9] แต่ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดของข้อมูลด้านความเห็น้อยลำของผู้ดูแล ส่งผลให้ไม่สามารถนำปัจจัยนี้มาวิเคราะห์เพิ่มได้

จากการศึกษาปัจจัยลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยระดับประคองกับการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง มีโอกาสกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่พบผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งมารับการรักษาซ้ำถึงร้อยละ 82.05^[6] เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาจำนวนมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะแพร่กระจายจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ช่วงแรก และมีการรักษาตัวโรคควบคู่ไปกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงยังมีสมรรถนะที่ดีในช่วงระยะแรกก่อนที่สมรรถนะจะเริ่มถดถอยลง และมีอาการรบกวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มโรคมะเร็งเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองน้อย เนื่องจากความไม่แน่นอนในการพยากรณ์โรค^[16] จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับ การดูแลแบบประคับประคองเมื่อเข้าช่วงระยะท้ายของชีวิต

แล้ว ดังนั้นผู้ป่วยระดับประคองที่เป็นกลุ่มโรคมะเร็งจึงมีโอกาสดำเนินการรักษาลึกซึ้งในโรงพยาบาลสูงกว่า แตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนที่พบว่ากลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาระดับประคองประคองไม่มีผลต่อการกลับเข้ามารักษาลึกซึ้งในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน^[9]

ผู้ป่วยที่มีสมรรถนะระดับปานกลางขึ้นไป ได้แก่ PPS 40-60 และ PPS 70-100 ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 7.77 และ 6.54 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่พบผู้ป่วยที่มีระดับ PPS 40-60 กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.97^[6] เช่นเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มีการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกมากกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)^[17] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสซึ่งประเมินสมรรถนะโดยใช้แบบประเมิน Karnofsky index^[5] และการศึกษาของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งใช้แบบประเมิน Palliative performance scale เช่นเดียวกัน^[7] ที่ไม่พบความแตกต่างของสมรรถนะของผู้ป่วยระดับประคองที่มีผลต่อการกลับเข้ามารักษาลึกซึ้งในโรงพยาบาล สำหรับการศึกษาในโรงพยาบาลลำพูนพบว่า ปัจจุบันการวินิจฉัย และประเมินผู้ป่วยที่ควรให้การรักษาระดับประคองสามารถทำได้ในช่วงแรก ๆ ที่ผู้ป่วยสมรรถนะคงที่ ซึ่งผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการประเมินว่ายังมีสมรรถนะที่ดีหรือคงที่นั้น มักจะได้รับการรักษาตามตัวโรคควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคองร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการกลับเข้ามารักษาลึกซึ้งเพื่อรับหัตถการดังกล่าวอยู่ นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่ม

โรคมะเร็งมักจะมีอาการรบกวน ได้แก่ อาการปวด ซึ่งพบได้ ร้อยละ 66.4 โดยกลไกความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง เกิดจากหลายสาเหตุ และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการดำเนินโรค^[18] และเมื่อโรคมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ก็อาจจะเพิ่มโอกาสการกลับเข้ามารักษาลึกซึ้งในโรงพยาบาลมากขึ้น

การที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการประเมิน และวางแผนการดูแลก่อนกลับบ้าน โดยทีมประคอง มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าถึง 2.31 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ที่พบว่า การส่งปรึกษาทีมประคองก่อนกลับบ้านช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารักษาลึกซึ้งในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[5] และสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในโรงพยาบาลลำพูนก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการประเมิน และได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยทีมประคอง มีความประสงค์ที่จะกลับไปใช้ชีวิตช่วงวาระสุดท้ายที่บ้านถึงร้อยละ 66.97^[19] การได้รับการวางแผนจากทีมประคองจะมีการพูดคุยถึงแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งจะมีการพูดถึงการพยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแลรักษาเมื่อถึงระยะต่าง ๆ ของชีวิต โดยไม่ได้มีเป้าหมายในการรักษาตัวโรคให้หายขาด รวมถึงมีการพูดคุยความต้องการทางสังคมหรือทางจิตใจอื่น ๆ^[19-20] ดังนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้เข้าใจตัวโรคมามากขึ้น ลดความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกแผนการดูแลให้กับตนเองในวาระสุดท้ายได้จากการศึกษาเรื่องการบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น^[8] เนื่องด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์

อักษรอาจจะมีสัดส่วนการทําน้อยกว่า ส่วนใหญ่ เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัว และการวางแผนการดูแลในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยมีการบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยในเวชระเบียนแต่ไม่ได้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

การไม่ได้รับการติดตามโดยทีมระดับประคอง ภายหลังจากออกโรงพยาบาลจะเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าถึง 1.84 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหัวใจที่พบว่า การติดตามภายหลังออกจากโรงพยาบาลโดย Advanced practice nurse (APN) ช่วยลดการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 24 สัปดาห์ และลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาล^[21] และการศึกษาของโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่พบว่า การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้^[22] สำหรับ การศึกษานี้การติดตามผู้ป่วยระดับประคองอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ลำพูน มีหลายกระบวนการ ได้แก่ การโทรติดตามอาการผู้ป่วย การนัดตรวจประเมินอาการที่คลินิกระดับประคอง การเยี่ยมติดตามที่บ้าน และการมีช่องทางติดต่อผ่าน line official ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงที่บ้าน และชุมชน แต่อย่างไรก็ตามในหลายพื้นที่ของประเทศไทยโดยเฉพาะในระดับการดูแลปฐมภูมิยังพบข้อจำกัดของการเข้าถึงการดูแลแบบอย่างระดับประคองต่อเนื่อง ตั้งแต่กระบวนการส่งต่อข้อมูลรวมทั้งแผนการดูแลเฉพาะของผู้ป่วย ข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแล รวมทั้งการเข้าถึงยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง^[23]

การที่ผู้ป่วยระดับประคองมีการใส่สาย และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่บ้าน ได้แก่ การใช้ออกซิเจน การใส่สายให้อาหารทางจมูก การใส่สายสวน

ปัสสาวะ หรือการใส่ท่อหลอดลมคอ ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับหลายการศึกษา^[7,9] แต่จะแตกต่างกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่ศึกษาพบว่าการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องดูแล ได้แก่ การใส่สายให้อาหารทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ^[24] เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว และมีการใส่สายและอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นระยะเวลานานซึ่งอาจจะส่งผลต่อภาวะการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในปอดหรือหลอดลม ซึ่งเมื่อเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางดังกล่าวจะส่งผลให้การติดเชื้อนั้นมีความรุนแรงจนต้องกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยระดับประคองที่มีการใช้อุปกรณ์เหล่านี้มักจะพบในระยะท้ายของชีวิตแล้ว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุของการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระดับประคอง พบว่ามีสาเหตุจากตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิมร้อยละ 65.62 ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือเหนื่อยที่ไม่สามารถควบคุมได้ การทำหัตถการ เช่น การเติมเลือด การให้ยาเคมีบำบัด การใส่สายยางให้อาหารผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง และสาเหตุจากภาวะถดถอยของตัวโรค สอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทย^[6-7] แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระดับประคองเกิดจากภาวะเฉียบพลันหรืออาการที่เกิดขึ้นใหม่มากกว่าถึงร้อยละ 56.25 ในขณะที่มีสาเหตุจากโรคเดิมเพียงร้อยละ 28.75^[5] ทั้งนี้ในต่างประเทศอาจจะมีระบบการเยี่ยมบ้านที่มีการติดตามโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีครอบคลุมมากกว่าจึงทำให้สามารถดูแลอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้

อย่างประสิทธิภาพ ซึ่งหากมีการนำรูปแบบดังกล่าวมาพัฒนาและปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประเทศไทย ก็อาจจะทำให้ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยประคับประคองที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 47.91 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่พบผู้ป่วยขอกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 48.8^[5]

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในข้อมูลบางประการ เช่น การศึกษาเรื่องภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นการบันทึกเวชระเบียนเพิ่มเติมตั้งแต่ที่ได้มีการดูแลผู้ป่วยก็จะสามารถนำข้อมูลส่วนนี้มาวิเคราะห์เพิ่มเติม นอกจากนี้ หากมีการศึกษาเพิ่มเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของผู้ดูแล ต่อการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลซึ่งจะสะท้อนใน

แง่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ก็จะทำให้งานวิจัยนี้มีความครอบคลุมมากขึ้น

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยพักอาศัยใน Nursing home สมรรถนะของผู้ป่วยระดับปานกลางขึ้นไป และการไม่ได้รับการประเมิน และวางแผนการดูแล โดยทีมประคับประคองก่อนกลับบ้าน ซึ่งสามารถนำผลการศึกษานี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่มีการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่มีการกลับมารักษาซ้ำและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป และเพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมมากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ความกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของผู้ดูแลร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูนทุกท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Nilmanat K. The end of life care. Songkhla: Chanmuang press; 2012. [In Thai]
2. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. Switzerland: World Health Organization; c2019. [updated 2021 Nov; cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care>
3. Nursing Division Ministry of Public Health. Palliative nursing service system. Nonthaburi: Tawan Media Publishing; 2016. [In Thai]
4. Grim RD, McElwain D, Hartmann R, Hudak M, Young S. Evaluating causes for unplanned hospital readmissions of palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care. 2010;27(8):526-31. doi: 10.1177/1049909110368528.

5. Gamblin V, Prod'homme C, Lecoivre A, Bimbai A, Luu J, Hazard PA, et al. Home hospitalization for palliative cancer care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):24. doi: 10.1186/s12904-021-00720-7.
6. Tianthong C, Pirojkul S, Piasupan P. Readmission of Palliative Patients at Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal*. 2021;36(4):469-73. [In Thai]
7. Nopparat N, Choksomngam Y, Buachum C, Lertwiriyanun R, Jirapornjaroen W. Incidence and Risk Factors of Hospital Readmission in 30 Days in Palliative Care Patients at Sansai Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2023;6(1):33-42. [In Thai]
8. 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.
9. Intawong T, Suttipong C, Intawong P. Prevalence and predictive factors associated readmission within 30 days in palliative care at Doisaket hospital. *Journal of Nakornping Hospital*. 2024;15(2):296–306. [In Thai]
10. Department of older person (DOP). Elderly data [Internet]. Bangkok: Department of older person; c2023 [updated 2023 Dec 31; cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/1> [In Thai]
11. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for End-of-Life Care, 2014 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; c2014 [updated 2014 Mar 20]. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf [In Thai]
12. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. *J Heart Lung Transplant*. 1992;11(2 Pt 1):273-9.
13. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, Mor V. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004;291(1):88-93. doi: 10.1001/jama.291.1.88.
14. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs*. 2006;53(5):524-33. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03754.x.
15. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6):CD007760. doi: 10.1002/14651858.CD007760.pub2.
16. Garland EL, Bruce A, Stajduhar K. Exposing barriers to end-of-life communication in heart failure: an integrative review. *Can J Cardiovasc Nurs*. 2013;23(1):12-8.

17. Wajatieng W. Reducing healthcare costs through early palliative care in terminal cancer: Evidence from a retrospective cohort study. *Journal of Nakornping Hospital*. 2025;16(1):12–30. [In Thai]
18. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1070-90.e9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340.
19. Promarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2023;30(1):1-13. [In Thai]
20. Saraneeyakorn Group. Advanced care plan [Internet]. [cited 2024 Nov 16]. Available from: <https://budnet.org/sunset/node/213> [In Thai]
21. Naylor MD, McCauley KM. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *J Cardiovasc Nurs*. 1999;14(1):44-54. doi: 10.1097/00005082-199910000-00006.
22. Buasak S. Development of post-discharge patient follow-up [Internet]. c2021 [updated 2022 May 15; cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565/cqi/MA2565-003-03-0000000734-0000000871.pdf> [In Thai]
23. Yongja W, Panta P, Phetkub N, Thatayu W, Techakehakij W. Factors associated with access to palliative home care in palliative patients at Lampang Hospital. *Ann Palliat Med*. 2022;11(6):1848-54. doi: 10.21037/apm-21-3161.
24. Lohitharn N. Factors Associated to Stroke Patients' Re-Admission to Prachuapkhirikhan Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*. 2024;43(2):221-34. [In Thai]