นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพการตายในผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

วรวลัญช์ ฟักทอง
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะใกล้เสียชีวิตเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มักถูกคุกคามด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ยื้อความตายโดยไม่จำเป็น การตายดี (Good Death) จึงเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิตที่รวดเร็ว และการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี และลดผลกระทบทางจิตใจของครอบครัว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของญาติหรือผู้ดูแลในโรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568 แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 10 ราย และกลุ่มดูแลตามมาตรฐานปกติ 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการตาย ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U Test และ Spearman's correlation

ผลการศึกษา: กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพการตายสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ทั้งในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต [9.16 (IQR 9.06-9.44) เทียบกับ 5.56 (IQR 5.38-5.88), p = 0.002] และขณะเสียชีวิต [9.17 (IQR 9.00-9.17) เทียบกับ 5.47 (IQR 5.27-5.60), p = 0.002] โดยมิติการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และการเตรียมความพร้อมก่อนตายโดดเด่นที่สุด สำหรับภาวะโศกเศร้า พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนความโศกเศร้าจากการสูญเสียของกลุ่มประคับประคอง [29.50 (IQR 23.00-38.00)] และกลุ่มปกติ [34.50 (IQR 29.00-38.00) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.570) โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติ (ร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ) นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการตายกับภาวะโศกเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (r = -0.21, p = 0.373)

สรุป: การดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการตายในระดับดีเยี่ยม และสูงกว่าการดูแลปกติอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวยังไม่สามารถลดภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียของญาติได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาติดตามผลที่สั้น และปัจจัยอื่น ๆ ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อศึกษาแนวโน้มการฟื้นตัวจากความเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, คุณภาพการตาย, ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย, ภาวะใกล้เสียชีวิต

ส่งบทความ: 30 ธ.ค. 2568, แก้ไขบทความ: 4 ก.พ. 2569, ตอบรับบทความ: 6 ก.พ. 2569

ติดต่อบทความ
พญ.วรวลัญช์ ฟักทอง, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์
E-mail: worrawalun.fu@cpird.in.th

Original Article

Outcomes of palliative care on the quality of death in actively dying patient at Nakornping Hospital, Chiang Mai

Worrawalun Fuktong
Department of Social Medicine, Nakornping Hospital

ABSTRACT

Introduction: The actively dying phase is a natural process often compromised by unnecessary medical interventions. Achieving a "good death" is the primary goal of end-of-life care. Timely diagnosis of imminent death and integrated palliative care empower patients to die with dignity while mitigating the psychological impact on their families. Despite its importance, empirical evidence regarding death quality and bereavement grief in Thai hospital settings remains scarce.

Objective: To evaluate the effects of palliative care on the quality of death in actively dying patients and the subsequent bereavement grief experienced by their relatives or caregivers at Nakornping Hospital

Methods: : This prospective cohort study followed 20 caregivers of patients who died at the hospital between October 2024 and September 2025. Participants were categorized into a palliative care group (n=10) and a standard care group (n=10). Instruments used were the Thai versions of the Quality of Dying and Death Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U Test, and Spearman's correlation.

Results: The palliative care group demonstrated significantly higher median QODD scores across all dimensions compared to the standard group, both during the actively dying phase [9.16 (IQR 9.06-9.44) vs 5.56 (IQR 5.38-5.88), p = 0.002] and at the time of death [9.17 (IQR 9.00-9.17) vs 5.47 (IQR 5.27-5.60), p = 0.002]. Specifically, symptom management and preparation for death showed the most significant improvements. Regarding grief, no significant difference was observed between the palliative group [29.50 (IQR 23.00-38.00)] and the standard group [34.50 (IQR 29.00-38.00), p = 0.570]. Both groups exhibited high rates of complicated grief (70% and 80%, respectively). Furthermore, no significant correlation was found between death quality and grief levels (r = -0.21, p = 0.373)

Conclusion: Palliative care significantly enhances the quality of death to an excellent level compared to standard care. However, it did not significantly reduce acute bereavement grief among relatives, likely due to the short follow-up period and other mediating social factors. Long-term longitudinal studies are recommended to monitor grief trajectories and recovery rates.

Keywords: palliative care, quality of death, bereavement grief, actively dying

Submitted: 2025 Dec 30, Revised: 2026 Feb 4, Accepted: 2026 Feb 6

Contact
Worrawalun Fuktong, M.D., Department of Social Medicine, Nakornping Hospital
E-mail: worrawalun.fu@cpird.in.th

บทนำ

ภาวะใกล้เสียชีวิต เป็นกระบวนการหนึ่งตามธรรมชาติของชีวิตที่มักถูกมองว่าเป็นความเจ็บป่วย หลายครั้งนำไปสู่การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตที่โรงพยาบาลอย่างเจ็บปวดทรมาน และเดียวดาย ทั้งนี้คนทั่วไปมักจินตนาการว่าการตายมักเกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน แต่ในความเป็นจริงการเสียชีวิตมักจะมีสัญญาณเตือนก่อนเสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ตระหนักรู้ได้ว่าความตายได้ใกล้มาถึงแล้ว มักจะได้ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายอย่างมีคุณค่า และเสียชีวิตอย่างสงบสุข[1] การตายดีถือเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนคาดหวังเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คนบางคนโชคดีจากไปอย่างไม่เจ็บปวดทรมาน แต่อีกหลายคนอาจไม่โชคดี ถูกความก้าวหน้าด้านความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ยืดวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคเอง และจากการรักษา สุดท้ายผู้ป่วยมีลมหายใจแต่ไร้ซึ่งความสุขสบาย นอกจากนั้นญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการเตรียมรับกับสถานการณ์ไว้ก่อน อาจตัดสินใจไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยก็ได้ ปัจจุบันมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ทุกข์ทรมานจากตัวโรคน้อยที่สุด และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[2] ทั้งนี้แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วการคาดการณ์เวลาเสียชีวิตของผู้ป่วยจะทำได้ยาก แต่การที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถที่จะวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิตในผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีบทบาทตัดสินใจร่วมในการวางแผนการดูแลตามความต้องการที่แท้จริงและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และลดภาวะโศกเศร้าหลังการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย[3]

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการตายดีมากขึ้น มีการจัดทำตัวชี้วัดการตายดี (Good death Index) ขึ้นมาตั้งแต่ในปี ค.ศ. 2015 โดยอ้างอิงจากข้อมูลด้าน 1. ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติในการดูแลแบบประคับประคอง และมีการผนวกการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในระบบบริการสุขภาพของประเทศ 2. ด้านการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรด้านอื่น ๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีแนวคิดว่าการมีความรู้พื้นฐานจะสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บปวดในช่วงวาระท้ายของชีวิต การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 3. ด้านการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ญาติไม่ตกอยู่ในสภาพล้มละลายจากค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพในช่วงวาระท้ายของชีวิต 4. ด้านคุณภาพของการรักษา แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองจะใช้เงินลงทุนมาก แต่มีงานวิจัยมากมายจากทั่วโลกยืนยันว่าหากมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในระบบบริการสุขภาพแล้ว จะลดค่าใช้จ่ายในการดูแลได้เป็นจำนวนมาก ลดการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ลดภาระให้กับครอบครัวของผู้ป่วย และระบบบริการสุขภาพของประเทศ และ 5. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม ปัจจุบันมีการจัดอันดับประเทศตามคุณภาพการตายดีเปรียบเทียบกันในสากลโลก หลายประเทศจึงได้มีความพยายามพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น เพื่อให้เกิดการตายดีและเพื่อแสดงถึงความเป็นอารยะของประเทศตนเอง รวมทั้งในประเทศไทยเองที่มีนโยบายสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างจริงจัง[4] ผนวกกับโรงพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์หลายแห่งขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะ

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศ ที่มีการกำหนดแนวทาง และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย[5] หวังผลเพื่อยกมาตรฐานของการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยสู่ระดับมาตรฐานโลก ส่งผลให้ล่าสุดในปีค.ศ. 2021 ประเทศไทยมีคุณภาพการตายอยู่เป็นลำดับที่ 36 ของโลก[6] ขยับขึ้นมาจากอันดับที่ 44 ของโลกเมื่อปีค.ศ.2015[7] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวิจัยการตายดีในประเทศตะวันตก และตะวันออก มีการศึกษาทั้งในมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์มีข้อมูลที่สะท้อนการรับรู้การตายดีของผู้ป่วย ในบริบทเชิงศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม และสังคม อย่างไรก็ตามยังพบมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่น้อยในประเทศไทย รวมถึงในโรงพยาบาลนครพิงค์เองที่ได้มีการวิจัยก่อนหน้าเกี่ยวกับผลของการให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การทำหัตถการเพื่อยื้อชีวิต ได้แก่ การการใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ และการใช้ยากระตุ้นหัวใจได้ แต่สิ่งเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงคุณภาพการตายที่ดีเพียงส่วนหนึ่ง ทั้งนี้การจะทำให้ผู้ป่วยตายดียังมีองค์ประกอบอื่นอีกหลายมิติ รวมไปถึงการดูแลญาติ และครอบครัวของผู้ป่วยเองที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้หลังผู้ป่วยเสียชีวิตลง การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนครพิงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตและภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์เฉพาะที่เกี่ยวข้อง[8]

ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Actively Dying)

หมายถึง ภาวะที่อวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลางหรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไประยะเวลาการเสียชีวิต อาจเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย

การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care)

หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต โดยคาดการเวลาที่เหลือเป็นหลักชั่วโมงหรือวัน โดยมีเป้าหมายคือการให้ผู้ป่วยตายดี โดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี ครอบคลุมไปถึงการยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death, AND) โดยงดเว้นการรักษาพยุงชีพในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้า หรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน

การตายดี (Good Death)

หมายถึง การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัว และทีมสุขภาพมีความเคารพ และยอมรับความต้องการของผู้ป่วย

ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)

หมายถึง กระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้าโศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่น ๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นแบบ Prospective cohort study โดยการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว และเสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง กันยายน พ.ศ.2568 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ได้แก่ ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างฉับพลันด้วยเหตุอันไม่สมควรหรือไม่คาดคิดว่าจะเสียชีวิต ที่ไม่สามารถดูแลให้เกิดการตายดี ได้อ้างอิงจาก National Audit of Care at the End of Life, 2023[9] ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 4 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจงใจฆ่าตัวตาย ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือขณะคลอด และมารดาเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยอ้างอิงข้อมูลงานวิจัยของ Sarah Hales และคณะ[10] เรื่อง The Quality of Dying and Death in Cancer and Its Relationship to Palliative Care and Place of Death คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (STATA Release 14.0[11]) โดยกำหนด proportion ของ control เท่ากับ 0.18 และ experimental เท่ากับ 0.82 กำหนดค่า power ที่ 0.8 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 กำหนดสัดส่วนขนาดตัวอย่าง 1:1 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ 18 คน ทั้งนี้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 รวมเป็นทั้งสิ้น 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยการสอบถามญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวและเสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ ทั้งจากหอผู้ป่วยใน และศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบสอบถามด้วยตนเอง และโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Ward Nurse) ประจำหอผู้ป่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง กันยายน พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที รวมทั้งทำการนัดหมายเพื่อสอบถามภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติทางโทรศัพท์ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 1-2 สัปดาห์ตามแต่ญาติหรือผู้ดูแลสะดวก ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนเสียชีวิต ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค ระยะโรคขณะเสียชีวิต ระยะเวลาตั้งแต่เริ่ม รักษาจนถึงเสียชีวิต การรักษาที่เคยได้รับ

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนเสียชีวิต ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน

2. แบบประเมินคุณภาพการตาย (QODD) ฉบับภาษาไทย โดยจิตใจ ศิริโส[12] มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 เครื่องมือชุดนี้เป็นการประเมินความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ และขณะเสียชีวิต โดยประเมินผ่านการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 33 ข้อ โดย แบ่งระดับคุณภาพการตาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.04 - 10.00 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงมากหรือดีมาก ค่าเฉลี่ย 6.03 - 8.03 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงหรือดี ค่าเฉลี่ย 4.02 - 6.02 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.01 - 4.01 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี ค่าเฉลี่ย 0.00 - 2.00 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำมากหรือแย่มาก

3. แบบประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (ICG) ฉบับภาษาไทย โดยอรสา ใยยอง[13] มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-76 คะแนน โดยคะแนนที่มีค่ามากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Complicated Grief or Bereavement)

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่ 143/67 วันที่รับรอง 17 ตุลาคม 2567

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (STATA Release 17.0[14]) โดยรายงานผลการทดสอบด้วยค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ตามลักษณะข้อมูล การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ด้วย Exact probability test หรือ Mann-Whitney U Test และ Spearman's correlation ตามลักษณะข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว และเสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 1,788 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดออกจำนวน 207 คน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง จำนวน 118 คน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 4 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวจำนวน 35 คน ผู้ป่วยจงใจฆ่าตัวตายจำนวน 36 คน และผู้ป่วยทารกแรกคลอดจำนวน 18 คน เหลือผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าได้กับเกณฑ์คัดเข้าการวิจัยจำนวน 1,581 คน โดยผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 73.43 เสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีการส่งปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคอง และส่วนน้อยร้อยละ 26.57 เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เสียชีวิต มีสัดส่วนเพศชาย และหญิงเท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สมรสแล้ว อายุเฉลี่ย 56.35 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ใช้สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและมีโรคร่วมอื่น ๆ ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาและการผ่าตัดในสัดส่วนที่เท่ากัน เสียชีวิตภายใน 1 เดือนหลังการวินิจฉัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยทำงาน สถานภาพคู่ อายุเฉลี่ย 47.6 ปี จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ประกอบอาชีพค้าขาย เป็นบุตรของผู้เสียชีวิต และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน แสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มที่ดูแลตามมาตรฐานปกติ (n=10) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ดูแลแบบประคับประคอง (n=10) จำนวน (ร้อยละ)
เพศชาย	4 (40.00)	6 (60.00)
อายุ (ปี) Mean ± SD	61.50 ± 11.82	51.20 ± 12.91
วัยทำงาน 25-59 ปี	3 (30.00)	6 (60.00)
ผู้สูงอายุ ≥ 60 ปี	7 (40.00)	4 (40.00)
สถานภาพสมรส		
โสด	0	3 (30.00)
คู่อยู่ด้วยกัน	4 (30.00)	6 (60.00)
คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	5 (50.00)	0
หย่าร้าง	0	1 (10.00)
หม้าย	1 (10.00)	0
เชื้อชาติไทย	10 (100.00)	10 (100.00)
สัญชาติไทย	10 (100.00)	10 (100.00)
ศาสนา		
พุทธ	9 (90.00)	10 (100.00)
ศริสต์	1 (10.00)	0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (40.00)	0
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5 (50.00)	8 (80.00)
ปริญญาตรี	1 (10.00)	2 (20.00)
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (40.00)	4 (40.00)
ลูกจ้างประจำ	1 (10.00)	1 (10.00)
รับจ้าง/ งานอิสระ	1 (10.00)	3 (30.00)
ค้าขาย	3 (30.00)	2 (20.00)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน Mean ± SD	6,740 ± 5,166	9,080 ± 9,866
บทบาทหลักในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	5 (50.00)	5 (50.00)
พึ่งพาตนเอง	2 (20.00)	1 (10.00)
พึ่งพาผู้อื่น	3 (30.00)	4 (40.00)
สิทธิ์การรักษา UC	9 (90.00)	10 (100.00)
การวินิจฉัยโรค		
โรคมะเร็ง	3 (30.00)	3 (30.00)
โรคปอดติดเชื้อ	1 (10.00)	1 (10.00)
กระแสเลือดติดเชื้อ	2 (20.00)	3 (30.00)
หัวใจล้มเหลว	1 (10.00)	1 (10.00)
หัวใจขาดเลือด	1 (10.00)	0
หลอดเลือดสมอง	1 (10.00)	1 (10.00)
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1 (10.00)	0
มะเร็งเม็ดเลือด	0	1 (10.00)
มีการเจ็บป่วยร่วม	9 (90.00)	4 (40.00)
ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาล	7 (70.00)	3 (30.00)
การรักษาที่เคยได้รับ		
การผ่าตัด	6 (60.00)	3 (30.00)
เคมีบำบัด	0	2 (20.00)
การใช้ยา	4 (40.00)	5 (50.00)
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต		
น้อยกว่า 1 เดือน	7 (70.00)	6 (60.00)
1-3 เดือน	0	1 (10.00)
3-6 เดือน	1 (10.00)	1 (10.00)
6 เดือน - 1 ปี	1 (10.00)	1 (10.00)
1-2 ปี	0	0
ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป	1 (10.00)	1 (10.00)

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มดูแลตามมาตรฐาน (n=10) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มดูแลแบบประคับประคอง (n=10) จำนวน (ร้อยละ)
เพศชาย	1 (10.00)	5 (50.00)
อายุ (ปี) Mean ± SD	46.9 ± 15.13	48.3 ± 11.09
วัยรุ่น 15 - 24 ปี	1 (10.00)	0
วัยทำงาน 25-59 ปี	6 (60.00)	9 (90.00)
ผู้สูงอายุ ≥ 60 ปี	3 (30.00)	1 (10.00)
สถานภาพสมรส		
โสด	3 (30.00)	1 (10.00)
คู่อยู่ด้วยกัน	7 (70.00)	9 (90.00)
เชื้อชาติไทย	10 (100.00)	10 (100.00)
สัญชาติไทย	10 (100.00)	10 (100.00)
ศาสนาพุทธ	10 (100.00)	10 (100.00)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	1 (10.00)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7 (70.00)	7 (70.00)
ปริญญาตรี	3 (30.00)	2 (20.00)
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	2 (20.00)	0
รับจ้าง / งานอิสระ	1 (10.00)	5 (50.00)
ค้าขาย	5 (50.00)	3 (30.00)
เกษตรกร	2 (20.00)	2 (20.00)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน Mean ± SD	12,000 ± 2,944	13,200 ± 4,517
จำนวนสมาชิกในครอบครัว Mean ± SD	3.00 ± 1.25	2.9 ± 1.20
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต		
บิดา / มารดา	0	1 (10.00)
สามี / ภรรยา	2 (20.00)	5 (50.00)
บุตร	6 (60.00)	2 (20.00)
พี่น้อง	1 (10.00)	1 (10.00)
ญาติอื่น ๆ	1 (10.00)	1 (10.00)
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต		
น้อยกว่า 1 เดือน	5 (50.00)	6 (60.00)
1-3 เดือน	0	1 (10.00)
3-6 เดือน	2 (20.00)	1 (10.00)
6 เดือน - 1 ปี	1 (10.00)	1 (10.00)
1-2 ปี	0	0
ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป	2 (20.00)	1 (10.00)

ด้านคุณภาพการตายของผู้ป่วย

ผลการประเมินคุณภาพการตายด้วยเครื่องมือ QODD พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพการตายในระยะใกล้เสียชีวิต 10-14 วันสุดท้าย ในขณะเสียชีวิต และคะแนนโดยรวมเท่ากับ 9.16, 9.17 และ 9.25 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติที่มีค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 5.56, 5.47 และ 5.50 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการประเมินคุณภาพการตายจำแนกตามมิติการดูแลผู้ป่วย 6 มิติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีค่ามัธยฐานของคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม

มาตรฐานปกติในทุกมิติ ($p < 0.05$) โดยมีระดับคุณภาพการตายอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ในขณะที่กลุ่มปกติมีระดับคุณภาพการตายอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตตามการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามระยะการดูแลผู้ป่วย

คะแนนคุณภาพการตาย	กลุ่มดูแลตามมาตรฐาน (n=10) Median (IQR)	กลุ่มดูแลแบบประคับประคอง (n=10) Median (IQR)	p-value
ระยะใกล้เสียชีวิต 10-14 วันสุดท้ายของชีวิต	5.56 (5.38-5.88)	9.16 (9.06-9.44)	0.002
1. สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
2. สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวได้	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
3. สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
4. สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้	6.00 (6.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
5. สามารถหายใจได้เองอย่างสะดวก	6.00 (6.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
6. มีพละกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความต้องการ	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
7. ได้ใช้เวลาอยู่กับคู่ครอง / บุตร (ถ้ามี) ของตนได้ตามต้องการ	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
8. ได้ใช้เวลาอยู่กับเพื่อนหรือญาติพี่น้องในครอบครัวหรืออื่นๆของตนได้ตามต้องการ	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
9. ได้ใช้เวลาอยู่กับตัวเองเพียงลำพัง	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
10. ได้รับการสัมผัสและโอบกอดจากบุคคลอันเป็นที่รัก	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
11. ได้มีโอกาสได้บอกลาบุคคลอันเป็นที่รัก	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	< .001
12. ได้มีการวางแผนที่จะเสียชีวิตตามต้องการ	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
13. ได้พูดคุยเกี่ยวกับความปรารถนาในการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิตกับแพทย์	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
14. รู้สึกสุขสงบในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
15. ไม่กังวลเกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นกับบุคคลอันที่รัก	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
16. ได้แสดงออกถึงความรู้สึกไม่กลัวความตาย	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
ขณะเสียชีวิต	5.47 (5.27-5.60)	9.17 (9.00-9.17)	0.002
17. ได้ค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิต	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
18. เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับความเคารพ	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
19. หัวเราะหรือยิ้มได้	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
20. ปฏิเสธการฟอกไตหรือการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดอายุ	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
21. ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ตนเองต้องการ (บ้าน, โรงพยาบาล)	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
22. มีคนในครอบครัวหรือคนที่รักอยู่ด้วยในขณะที่เสียชีวิต	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
23. ได้เสียชีวิตในลักษณะนอนหลับสงบ ไม่มีอาการ	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	< .001
24. ได้รับการเยี่ยมเยียนจากผู้นำศาสนาหรือผู้ให้คำปรึกษาด้าน จิตวิญญาณ	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
25. ได้รับบริการด้านจิตวิญญาณ หรือพิธีกรรมทางศาสนา	5.50 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
26. ได้รับการจัดสรรดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	5.00 (5.00-6.00)	9.50 (9.00-10.00)	0.001
27. ได้รับการจัดการเรื่องพิธีศพตามที่ตั้งใจไว้ก่อนเสียชีวิต	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
28. ได้ใช้เวลาอยู่กับคู่สมรส หรือคู่ชีวิต (ถ้ามี)	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
29. ได้ใช้เวลาอยู่กับสัตว์เลี้ยง (ถ้ามี)	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001
30. ได้ระบายความรู้สึกไม่ดีต่าง ๆ ที่ค้างคาในใจ (ถ้ามี)	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	< .001
31. ได้เข้าร่วมเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ตามต้องการ (ถ้ามี)	6.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
คุณภาพการตายโดยรวม	5.00 (4.50-5.50)	9.25 (9.00-9.50)	0.001
32. ความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในระยะใกล้เสียชีวิตจนถึงช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต	5.00 (5.00-6.00)	9.00 (9.00-9.00)	0.001
33. ความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในช่วงขณะเสียชีวิต	5.00 (5.00-5.00)	9.00 (9.00-10.00)	0.001

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตตามการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามมิติในการดูแลผู้ป่วย

มิติในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มดูแลตามมาตรฐาน (n=10) Median (IQR)	ลุ่มดูแลแบบประคับประคอง (n=10) Median (IQR)	p-value
1. การบรรเทาความทุกข์ทรมานและควบคุมอาการทางกาย (ข้อ 1-6)	5.67 (5.33-6.00)	9.33 (9.17-9.67)	0.002
2. การเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต (ข้อ 11, 14-16, 24-27, 30-31)	5.40 (5.20-5.80)	9.10 (9.00-9.30)	0.001
3. สภาพเหตุการณ์ขณะเสียชีวิต (ข้อ 21-23)	5.17 (4.67-5.67)	9.00 (8.67-9.33)	0.001
4. ความสัมพันธ์และครอบครัว (ข้อ 7-9, 28-29)	5.50 (5.00-5.80)	9.10 (8.80-9.40)	0.002
5. การเลือกวิธีการรักษาที่ต้องการ (ข้อ 12-13, 20)	5.50 (5.00-6.00)	9.17 (9.00-9.33)	0.001
6. การตระหนักถึงตัวตนของบุคคล (ข้อ 10, 17-19)	5.50 (5.00-5.75)	9.12 (8.75-9.50)	0.002
คุณภาพการตายโดยรวม 31 ข้อ	5.50 (5.35-5.74)	9.18 (9.03-9.42)	0.002

ด้านความเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติผู้ป่วย

ผลการประเมินระดับความเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ICG พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มที่ดูแลตามมาตรฐานปกติ มีค่ามัธยฐานของคะแนนความโศกเศร้าอยู่ที่ 29.50 และ 34.50 ตามลำดับ และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าคะแนนความโศกเศร้าของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งระดับความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน และอยู่ในระดับที่ผิดปกติเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพการตายโดยรวมของผู้ป่วย และคะแนนความเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติที่ผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Spearman's rho) เท่ากับ -0.2103 โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.373 ซึ่งสูงกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ จึงยอมรับสมมติฐานหลัก (H0) สรุปได้ว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนน และความผิดปกติของความเศร้าโศกจากการสูญเสียระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คะแนน	กลุ่มดูแลตามมาตรฐาน (n=10)	กลุ่มดูแลแบบประคับประคอง (n=10)	p-value
ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย Median (IQR), Min - Max	34.50 (29.00-38.00), 17.00-41.00	29.50 (23.00-38.00), 19.00-42.00	0.570
ระดับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย จำนวน (%)			0.615
ปกติ (0-24 คะแนน)	2 (20.00)	3 (30.00)	
ผิดปกติ (≥ 25 คะแนน)	8 (80.00)	7 (70.00)	

สรุปผล และอภิปราย

ผลของการดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยคุณภาพการตายที่ดีเยี่ยมและมีคุณภาพการตายที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยเพิ่มความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยประคับประคอง

ทุกรายได้มีการตายดีตามความปรารถนา แต่ไม่สามารถช่วยลดความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของญาติได้อย่างชัดเจนในเชิงสถิติ

การประเมินคุณภาพการตายด้วยเครื่องมือ QODD ในระยะใกล้เสียชีวิต 10-14 วันสุดท้ายของชีวิต มาจากผลรวมคะแนนมิติที่ส่งผลต่อร่างกายและการจัดการอาการ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีค่ามัธยฐานของคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีการจัดการอาการหรือลดความทุกข์ทรมานทางกายให้ผู้ป่วยได้ดีเยี่ยม เพราะมีการประเมินอาการไม่สุขสบายเชิงรุกและใช้ยาหรือทางแพทย์ทางเลือกช่วยควบคุมตามอาการในระดับที่เหมาะสมจัดการความทุกข์ทรมานในช่วงท้ายของชีวิต และเมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพการตายของผู้ป่วยในขณะเสียชีวิต ซึ่งได้มาจากมิติทางจิตวิญญาณ และการเตรียมตัวตาย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีค่ามัธยฐานของคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยประคับประคองได้รับความสงบและได้ทำตามความปรารถนา เนื่องจากมีทีม Multi-disciplinary ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พระหรือผู้นำศาสนาเข้ามาช่วยพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตาย สำรวจความต้องการสุดท้าย และมีโอกาสกล่าวคำอำลาหรือสั่งเสีย รวมไปถึงทีมได้เข้ามาเป็นตัวกลางในการสื่อสารความจริง และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจรักษา ทำให้ญาติมีความมั่นใจในการตัดสินใจตามความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ลดความรู้สึกผิดและเพิ่มเวลาที่มีคุณภาพร่วมกันในช่วงวาระสุดท้าย ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มักขาดการสื่อสารเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า มีความไม่ชัดเจนในการจัดการอาการ ขาดการเตรียมตัวหรือสั่งเสีย และเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพการตายของผู้ป่วยในภาพรวม รวมถึงคุณภาพการตายตามมิติการดูแลผู้ป่วย 6 มิติ ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีค่ามัธยฐานของคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติในทุกมิติ โดยมีระดับคุณภาพการตายอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ในขณะที่กลุ่มปกติอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการรบกวนทางกายและเพิ่มความสงบทางใจให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและศักดิ์ศรีจนถึงวาระสุดท้าย สอดคล้องกับหลายงานวิจัยก่อนหน้า[2,12,15–20]

การประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสียด้วยเครื่องมือ ICG พบว่าทั้งในกลุ่มที่ดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มที่ดูแลตามมาตรฐานปกติ มีค่าคะแนนความเศร้าโศกใกล้เคียงกัน และพบเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเป็นภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติสูงถึงร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพการตาย และคะแนนความเศร้าโศกพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ แม้ว่าตามทฤษฎีการดูแลแบบประคับประคองควรจะช่วยลดความเศร้าโศกจากการสูญเสีย แต่การที่ผลออกมาไม่แตกต่างกัน อาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามความเศร้าโศกที่เร็วเกินไป ทำให้ครอบครัวยังอยู่ในช่วงภาวะโศกเศร้าเฉียบพลัน ซึ่งเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ไม่ต่างจากกลุ่มปกติ นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการลดความเศร้าโศก แต่ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนทางสังคม ญาติพี่น้องในครอบครัว กลุ่มคนที่มีความเชื่อทางศาสนาเดียวกัน โรคประจำตัวหรือภาวะทางจิตเวชเดิมของผู้ดูแล หรือความเหนื่อยล้าสะสมจากการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้ภาวะโศกเศร้ายังคงมีระดับสูง แม้จะได้รับการสนับสนุนแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยในอนาคตควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลหลายระดับ เพื่อให้สามารถสรุปอ้างอิงถึงประชากรในวงกว้างได้แม่นยำขึ้น และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายและความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และเนื่องจากการวัดด้วยแบบประเมิน ICG เป็นการวัดเชิงปริมาณที่อาจไม่ครอบคลุมความรู้สึกที่ซับซ้อนของผู้ดูแล รวมถึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปด้วย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการทำกลุ่มสนทนา เพื่อให้เห็นความลึกซึ้งของประสบการณ์การตายดีในมุมมองของญาติผู้สูญเสีย และเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การรับมือกับความเศร้า ซึ่งอาจมีความแตกต่างในเชิงคุณภาพที่ตัวเลขสถิติวัดไม่ได้ เช่น ความรู้สึกสงบในใจหรือการยอมรับความตายได้ดีกว่า นอกจากนั้นภาวะโศกเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลแบบต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปีหลังการสูญเสีย เพื่อศึกษาแนวโน้มการลดลงของความเศร้า (Grief Trajectory) ซึ่งกลุ่มดูแลแบบประคับประคองอาจมีการฟื้นตัวที่เร็วกว่ากลุ่มปกติ นอกจากนั้นการวิจัยในอนาคตควรเปรียบเทียบการดูแลประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การดูแลที่บ้าน การดูแลที่ศูนย์ดูแล เพื่อหาโมเดลที่เหมาะสมที่สุดในการลดภาวะโศกเศร้าซับซ้อนในบริบทวัฒนธรรมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Oates JR, Maani CV. Death and Dying. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [updated 2022 Nov 29]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536978/
2. Tipkanjanaraykha K, Saleekul S, Apisitwasana N, Thiammok M. ADVANCED CARE PLANNING FOR PEACEFUL DEATH. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(3):138–45. [In Thai]
3. Ijaopo EO, Zaw KM, Ijaopo RO, Khawand-Azoulai M. A Review of Clinical Signs and Symptoms of Imminent End-of-Life in Individuals With Advanced Illness. Gerontol Geriatr Med. 2023;9:23337214231183243. doi: 10.1177/23337214231183243.
4. Nimmanworawong N. Why the Place of Death Matters in End-of-Life Care [Internet]. Bangkok: Health Focus; c2016 [updated 2016 Oct 2; cited 2024 Jul 23]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2016/10/12834 [In Thai]
5. Pirojjanakul S, Piasupan P. Operational Guidelines for Hospital Palliative Care Program, Karunruk Palliative Care Center [Internet]. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; c2017 [cited 2024 Aug 7]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1TO_IpTyapXNF_v0FxvJyJt5QALGCMUKE/view [In Thai]
6. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. J Pain Symptom Manage. 2022;63(4):e419-29. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015.

7. Partner DL, editor. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world A report by The Economist Intelligence Unit [Internet]. London: The Economist Intelligence Unit (EIU); c2015 [updated 2015 Oct 6; cited 2024 Jul 26]. Available from: https://impact.economist.com/health-society/2015-quality-death-index
8. Pairojjanakul S, Piasupun P. Quality Standards for Palliative Care [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen University; c2021. Available from: https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2022/02/Quality-Standard-for-Palliative-Care-2022.pdf[In Thai]
9. Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP). National Audit of Care at the End of Life Fourth round of the audit (2022/23) report England and Wales [Internet]. UK: HQIP; c2023 [updated 2023 Jul 13]. Available from: https://www.hqip.org.uk/resource/nacel-jul23/
10. Hales S, Chiu A, Husain A, Braun M, Rydall A, Gagliese L, et al. The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. J Pain Symptom Manage. 2014;48(5):839-51. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.12.240.
11. StataCorp. Stata Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LLC.; 2015.
12. Siriso J, Thanasilp S, Pudtong N. Selected Factors Related to the Quality of Death of Persons with Terminal Cancer as Perceived by Family Caregivers. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(2):112–23. [In Thai]
13. Yaiyong O. Depression and grief of the elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi province [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. [In Thai]
14. StataCorp. Stata Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LLC; 2021.
15. Ninbodee K. Development of a hospice care model, Mae Wang Hospital, Chiang Mai Province [Internet]. Chiangmai: Chiang Mai Provincial Public Health Office; c2023 [updated 2023 Aug 4]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230804169114585227.pdf [In Thai]
16. Kaewwanta K. Effectiveness of palliative care model for the end of life patients from hospital continuing to community, Pak Khad Hospital Bueng Kan Province [Internet]. Buengkan: Buengkan Provincial Health Office; c2023 [updated 2023 Dec 27]. Available from: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20231227120827.pdf [In Thai]
17. Onanong W, Matchim Y. End-of-Life-Care Program for Enhancing Good Death Among Cancer Patients: A literature review. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(1):158–69. [In Thai]
18. Kunsongkeit W. Good Death as Perceived by the Critically Ill Patients' Family Members. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016;24(4):89–100. [In Thai]

19. Pattniboon W, Pratunon J, Kaewmafai J. Model Development of Palliative care for elderly with end Stage chronic illnesses at Medical Unit II, Loi Et Hospital. Journal of nurses' association of thailand, north-eastern division. 2012;30(3):68–77. [In Thai]
20. Pansaeng D. Quality of Death and related factors for end-stage patients in region 4 national health service area hospitals [Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2021. [In Thai]