

Original Article

ผลการประเมินคุณภาพการดูแล โดยใช้ Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) ในโรงพยาบาลเนือตติยภูมิ: การศึกษาย้อนหลัง

Quality of Care Assessment Using the Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) in a Tertiary Care Hospital: A Retrospective Study.

ชุตินา เทียนทอง^{1,4}, แพ่งพรรณ ศรีบุญลือ^{1,4}, รัตนาภรณ์ ศิริเกตุ^{1,4}, เฉลิมศรี สรสิทธิ์^{2,4},
อรรถกร รักษาสัตย์^{3,4}, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล^{3,4}

¹ หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² หอผู้ป่วยการุณรักษ์ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 4 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ โครงการศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการุณรักษ์

ผู้รับผิดชอบบทความ: นางสาวแพ่งพรรณ ศรีบุญลือ

หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Email : paenth@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ โดยมีต้นกำเนิดจากประเทศออสเตรเลีย ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ การเปลี่ยนแปลงระยะของผู้ป่วย (phase change) ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินคุณภาพ

รับต้นฉบับ
29 กันยายน 2568

แก้ไขต้นฉบับ
20 ตุลาคม 2568

รับต้นฉบับตีพิมพ์
1 พฤศจิกายน 2568

การดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพิจารณาความสามารถของทีมนุ้สุขภาพในการตอบสนองต่อความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วย ตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการดูแลในระบบนี้คือ ระยะเวลาการเปลี่ยนจากระยะไม่คงที่ (unstable phase) ไปสู่ระยะคงที่ (stable phase) ภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นการดูแลที่คุณภาพ สามารถจัดการอาการไม่คงที่ต่างๆ เช่น อาการปวด อาการหายใจหอบเหนื่อย อาการไม่สุขสบายอย่างอื่น เป็นต้น

ศูนย์การุณรักษ์ เป็นศูนย์การดูแลระดับประคองแห่งแรกในประเทศไทย ที่นำเครื่องมือ PCOC มาใช้ในการวัดคุณภาพบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการดูแลแบบประคองโดยการวิเคราะห์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงระยะของผู้ป่วย ซึ่งช่วยสะท้อนถึงศักยภาพของทีมนุ้สุขภาพในการตอบสนองต่อความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ระบบสารสนเทศ และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม – 31 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 542 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.32 อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 29.15 อายุน้อยสุด 17 ปี อายุมากที่สุด 98 ปี (SD 14.20) จากการใช้เครื่องมือ PCOC ในการประเมินและติดตามผู้ป่วยทั้งหมด พบว่า ร้อยละ 88.38 เปลี่ยนระยะจากไม่คงที่เปลี่ยนเป็นคงที่ (unstable to stable) ภายใน 72 ชั่วโมง แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ยังคงอยู่ในระยะไม่คงที่ เนื่องจากค่อนข้างมีอาการปวดมาก จำนวน 13 ราย มีปัญหาหายใจหอบเหนื่อย จำนวน 11 ราย และอีก 6 ราย ยังมีแผนการดูแลล่วงหน้าที่ยังไม่แน่นอน

สรุป: ศูนย์การดูแลแบบประคองการุณรักษ์ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเทียบเคียงคุณภาพการดูแล PCOC ของออสเตรเลีย ร้อยละ 88.38 ของผู้ป่วยในระยะไม่คงที่ควรอยู่ในระยะนี้ไม่เกิน 3 วัน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: การประเมินคุณภาพการดูแล, ประสิทธิภาพ, Palliative Care Outcomes Collaboration

บทนำ

World Hospice and Palliative Care Alliance ได้จัดระดับการให้บริการในการดูแลระดับประคองของประเทศต่างๆทั่วโลก เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพของคุณภาพและการพัฒนา โดยในปี ค.ศ. 2014 ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในระดับ 3a และ 3 ปี ต่อมาในปี ค.ศ.

2017 ได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในระดับ 4a คือ เริ่มมีการจัดระบบบริการที่กว้างขวางและครอบคลุมและอยู่ในระบบบริการของประเทศแต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์¹ ประเทศออสเตรเลียได้รับการจัดอันดับการให้บริการในการดูแลประคับประคองอยู่ในระดับ 4b คือ มีการจัดระบบบริการแบบบูรณาการระดับก้าวหน้า (palliative care at advanced stage of integration) ทั้งนี้ได้ริเริ่มโครงการความร่วมมือด้านการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ร่วมกันระหว่างศูนย์ให้การดูแลประคับประคองแต่ละแห่ง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด โดยนำข้อมูลการประเมินและปรับปรุงการให้บริการที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานมาใช้สำหรับเทียบเคียงคุณภาพการดูแลร่วมกันภายในประเทศ ในประเทศไทยจะมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เป้าหมาย จัดตั้งหน่วยงาน มีกระบวนการและขั้นตอนที่ชัดเจนแต่ยังมีข้อจำกัดด้านสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่มีความหลากหลายและไม่มีการระบุนายละเอียดของมาตรฐานตามระดับของสถานบริการที่แตกต่างกันดังกล่าว ร่วมกับการตีความของคำว่า คุณภาพชีวิต และการตายดี แตกต่างกันไปขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทและระยะของโรค² ในปี พ.ศ. 2561 ศูนย์การุณรักษ์และเครือข่ายการดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Quality Standard for Palliative Care) โดยยึดแนวทางมาตรฐานคุณภาพของประเทศไทยและสิงคโปร์เป็นต้นแบบ และนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด พร้อมจัดทำสมุดคู่มือประเมินตนเอง เพื่อให้เครือข่ายศูนย์ดูแลประคับประคองแต่ละแห่งในประเทศไทยได้นำไปใช้ในการประเมินเพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์การจัดบริการ ช่องว่างของคุณภาพ และช่วยในการพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลประคับประคองของตนเองให้ได้มาตรฐาน³ ต่อมาในปี 2564 ได้มีการปรับตัวชี้วัด และมีการคิดคะแนน เพื่อสามารถนำไปใช้ในการเทียบเคียงกัน (benchmark) ระหว่างเครือข่ายในประเทศไทย

การจากบททบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าการใช้ระบบการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วย PCOC ในประเทศได้วันสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยมีการศึกษา ในผู้ป่วยจำนวน 1,121 ราย พบว่าจำนวน 555 รายเป็นกลุ่มควบคุม PCOC และจำนวน 566 ราย เป็นกลุ่มทดลอง มะเร็งระยะสุดท้าย (88.58%) อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในกลุ่ม PCOC 68.73% และกลุ่มที่ไม่ใช่ PCOC 74.95% ($P = .021$) โดยใช้ multivariable logistic regression model ปรับตามอายุ เพศ ดัชนีโรคร่วมของชาร์ลสัน และการประเมินระดับสมรรถนะผู้ป่วยประคับประคอง (PPS) ได้ถูกนำมาใช้ พบว่ากลุ่มที่ใช้ PCOC ลดการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 0.26$, 95% CI 0.16–0.41, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงการใช้ PCOC ในประเทศได้วันสามารถลดการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายลงอย่างมีนัยสำคัญ⁴ PCOC ประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน คือ 1) การประเมินระยะ

ของผู้ป่วย (palliative care phase) ได้แก่ ระยะคงที่ (stable phase) ระยะไม่คงที่ (unstable phase) ระยะที่ร่างกายมีการเสื่อมถอยลงหรือมีอาการแย่ลง (deteriorate phase) ระยะใกล้เสียชีวิต (terminal phase) และระยะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (bereavement) 2) การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแล/ช่วยเหลือของผู้ป่วย (Recourse utilization group-Activity of daily living RUG-ADL) 3) การประเมินปัญหาด้านกาย (อาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ) จิตสังคม จิตวิญญาณ และการประเมินครอบครัวและผู้ดูแล โดยบุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ประเมิน 4) การประเมินความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ปวด หอบเหนื่อย อ่อนล้า คลื่นไส้/อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน โดยให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 และ 5) การประเมินระดับสมรรถนะผู้ป่วยระดับประคอง (palliative performance scale: PPS) 0-100⁵ การประเมินและรายงานผู้ป่วยระดับประคองแต่ละรายทั้ง 5 ด้าน ตั้งแต่แรกเริ่มและประเมินติดตามต่อเนื่องทุกวัน จนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายหรือเสียชีวิต ทั้งนี้มีการนำไปใช้กันอย่างกว้างขวางในหลายประเทศเพื่อติดตามและพัฒนาการดูแลในเชิงระบบ โดยเกณฑ์ที่สะท้อนว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดภายหลังที่มิให้การดูแลคือ ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากระยะไม่คงที่ เปลี่ยนเป็นระยะคงที่ ต้องมีมากกว่าร้อยละ 90 หลังทีมประคองเข้าร่วมดูแลภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งในปี ค.ศ. 2020 ในประเทศออสเตรเลียการดูแลผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาลสามารถทำได้ร้อยละ 90 และในชุมชนร้อยละ 86.⁶ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคองระดับประเทศ ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2553 มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังไม่มีมีการประเมินคุณภาพการดูแล จึงต้องการพัฒนาการดูแลให้เทียบเคียงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวกับประเทศออสเตรเลีย จึงได้เริ่มนำ PCOC มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการประเมินคุณภาพการดูแลโดยใช้ PCOC

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ระบบสารสนเทศ และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 – วันที่ 31 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรมคือ เลขที่ HE 671764 รับรองเมื่อวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เวชระเบียนผู้ป่วยระดับประคอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยระดับประคองในหอผู้ป่วยใน ที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาทีมดูแลระดับประคอง ศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยระดับประคอง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยจากข้อ 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย และแพทย์เจ้าของไข้ส่งคำปรึกษาให้ทีมดูแลระดับประคองศูนย์การดูแลรักษา ร่วมดูแลเฉพาะผู้ป่วยใน
3. ประเมิน PCOC แล้วอยู่ในระยะไม่คงที่

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

เวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกการประเมินและติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระดับประคองศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ปรับมาจากแบบบันทึกโครงการความร่วมมือด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคองระดับประคอง PCOC⁷ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถิติการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม วันที่ปรึกษา วันที่จำหน่าย วันที่เสียชีวิต และลักษณะการเสียชีวิต ระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนปรึกษาทีมระดับประคอง ระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ระยะเวลาตั้งแต่ทีมระดับประคองดูแลจนเสียชีวิต

ส่วนที่ 2 การประเมินและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง ประกอบด้วย

- 2.1 การประเมินระยะของผู้ป่วย (palliative care phase)
- 2.2 การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแล/ช่วยเหลือของผู้ป่วย (Resource Utilization Group-Activities of Daily Living: RUG ADL)
- 2.3 การประเมินปัญหาด้านกาย (Palliative Care Problem Severity Scores: PCPSS) โดยประกอบไปด้วย อาการปวด (pain) และอาการไม่สุขสบายต่างๆ (other symptoms) จิตสังคม จิตวิญญาณ (psychosocial/spiritual) และการประเมินครอบครัวและผู้ดูแล (family/career) โดยบุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ประเมิน โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3
- 2.4 การประเมินระดับสมรรถนะผู้ป่วยระดับประคอง (palliative performance scale: PPS) 0 - 100 %

2.5 การประเมินความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ปวด หอบเหนื่อย อ่อนล้า คลื่นไส้/ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน โดยให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาและอนุมัติงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน งานเวชระเบียนและสถิติ สมุดการบันทึกการดูแลผู้ป่วย ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มาทบทวนแล้วกรอกข้อมูลในแบบบันทึกงานวิจัยนี้
3. บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกลงในโปรแกรม Microsoft Excel

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ
2. การประเมินและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 542 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.32 อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 29.15 อายุน้อยสุด 17 ปี อายุมากที่สุด 98 ปี (SD 14.20) สถิติการรักษาส่วนใหญ่ เป็นสถิติจ่ายตรง ร้อยละ 50.92 สถานภาพสมรสร้อยละ 64.58 อาชีพส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.38 การวินิจฉัยกลุ่มโรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 30.79 รองลงมาเป็นมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 17.49 และกลุ่มโรคหลักที่ไม่ใช่ มะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 19.12 รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 18.38 มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 44.28 ระยะเวลาตั้งต้นนอนโรงพยาบาลจนปรึกษาทีมประคับประคองเฉลี่ย 2-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 42.25 ระยะเวลาตั้งต้นนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายเฉลี่ย < 7 วัน ระยะเวลาตั้งต้นทีมประคับประคองดูแลจนเสียชีวิตเฉลี่ย 1-7 วัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=542)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	289 (53.32)
หญิง	253 (46.68)
ช่วงอายุ (ปี)	
< 20 ปี	2 (0.37)
21-30 ปี	10 (1.85)
31-40 ปี	17 (3.14)
41-50 ปี	45 (8.30)
51-60 ปี	105 (19.37)
61-70 ปี	158 (29.15)
71-80 ปี	128 (23.62)
> 81 ปี	77 (14.21)
สิทธิการรักษา	
จ่ายตรง	276 (50.92)
บัตรทอง	228 (42.07)
ประกันสังคม	17 (3.14)
จ่ายเอง	21 (3.87)
สถานภาพสมรส	
โสด	41 (7.56)
สมรส	350 (64.58)
หม้าย	118 (21.77)
หย่าร้าง	33 (6.09)
อาชีพ	
ผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	208 (38.38)
เกษตรกร	85 (15.68)
ข้าราชการบำนาญ	71 (13.10)
รับจ้าง	61 (11.25)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	59 (10.89)
ค้าขาย	42 (7.75)
นักบวช	13 (2.40)
นักเรียน/นักศึกษา	3 (0.55)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=542) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
การวินิจฉัยโรค	
กลุ่มโรคหลักที่เป็นมะเร็ง (n=406)	
- มะเร็งตับ	125 (30.79)
- มะเร็งปอด	71 (17.49)
- มะเร็งลำไส้	51 (12.56)
- มะเร็งโลหิตวิทยา	36 (8.87)
- มะเร็งระบบบนิ่ว	33 (8.13)
- มะเร็งหูดจมูก	32 (7.88)
- มะเร็งเต้านม	20 (4.93)
- มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	19 (4.68)
- มะเร็งสมอง	6 (1.48)
- อื่นๆ	13 (3.20)
กลุ่มโรคหลักที่ไม่ใช่มะเร็ง	
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด	26 (19.12)
- ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว	25 (18.38)
- ไตวายระยะประคับประคอง	22 (16.18)
- โรคหลอดเลือดสมอง	19 (13.97)
- สูงอายุที่มีความเปราะบาง	13 (9.56)
- โรคสมองเสื่อม	12 (8.82)
- โรคระบบประสาทอื่นๆ	9 (6.62)
- ระบบอวัยวะล้มเหลว	4 (2.94)
- สูงอายุมีกระดูกหัก	2 (1.47)
- โรคถุงลมโป่งพอง	2 (1.47)
- อุบัติเหตุ	1 (0.74)
- ระบบต่อมไร้ท่อ	1 (0.74)
โรคร่วม	
มีโรคร่วม	240 (44.28)
ไม่มีโรคร่วม	302 (55.72)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=542) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนปรึกษาทีมระดับประคอง	
1 วัน	102 (18.82)
2-7 วัน	229 (42.25)
8-14 วัน	96 (17.71)
15-30 วัน	82 (15.13)
> 31 วัน	33 (6.09)
ระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	
< 7 วัน	157 (28.97)
8-14 วัน	143 (26.38)
15-30 วัน	145 (26.75)
> 31 วัน	97 (17.90)
ระยะเวลาตั้งแต่ทีมระดับประคองดูแลจนเสียชีวิต	
1-7 วัน	122 (22.51)
8-14 วัน	49 (9.04)
15-30 วัน	61 (11.25)
1-3 เดือน	81 (14.94)
3-6 เดือน	25 (4.61)
6-12 เดือน	3 (0.55)
*ยังไม่เสียชีวิต	201 (37.08)

* สถานะผู้ป่วย ณ วันสิ้นสุดการศึกษา 31 ตุลาคม 2567

จากการประเมินโดยใช้ PCOC ทั้งหมดจำนวน 542 ราย พบว่า จำนวน 479 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.38 เปลี่ยนระยะจากไม่คงที่เปลี่ยนเป็นคงที่ (unstable to stable) ภายใน 72 ชั่วโมง แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ไม่เปลี่ยนระยะไม่คงที่ เนื่องจากค่อนข้างมีอาการปวดมาก จำนวน 13 ราย มีปัญหาหายใจหอบเหนื่อย จำนวน 11 ราย และอีก 6 ราย ยังมีแผนการดูแลล่วงหน้าที่ยังไม่แน่นอน ความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแล/ช่วยเหลือของผู้ป่วย (RUG ADL) ส่วนใหญ่อยู่ระดับ 18 คะแนน คืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล 2 คนตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.98 รองลงมาคือช่วงคะแนน 11-14 คะแนน ต้องมีผู้ดูแล 1 คน จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.27 ค่าคะแนน PCPSS ประเมินโดยทีมสุขภาพ ที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับ 2-3 (moderate-severe) จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ปัญหาด้านความปวด (pain) คิดเป็นร้อยละ 28.41 อาการอื่นๆ

(other symptom) คิดเป็น ร้อยละ 19.37 ปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณที่ซับซ้อน มีปัญหาค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 9.96 และได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาและมีเงินสนับสนุนในช่วง 2-3 เดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนปัญหาด้านครอบครัว/ผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 1.84 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n=542)

ผลการประเมินการดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
PC phase หลังได้รับการดูแล 72 ชั่วโมง	
Unstable to Stable	479 (88.38)
Unstable to Unstable (no change phase)	30 (5.54)
Unstable to Deteriorate	20 (3.69)
Unstable to Terminal	13 (2.40)
ความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแล/ช่วยเหลือของผู้ป่วย (RUG ADL)	
4-5 คะแนน	87 (16.05)
6-10 คะแนน	91 (16.79)
11-14 คะแนน	99 (18.27)
15-17 คะแนน	70 (12.92)
18 คะแนน	195 (35.98)
PCPSS ระดับ 2-3 คะแนน (moderate to severe)	
ปวด (pain)	154 (28.41)
อาการไม่สุขสบายต่างๆ (other symptoms)	105 (19.37)
จิตสังคม จิตวิญญาณ (psychosocial/spiritual)	54 (9.96)
ครอบครัวและผู้ดูแล (family/career)	10 (1.84)

ระดับสมรรถนะผู้ป่วยประคับประคอง (PPS) กรณีกลุ่มโรคหลักเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 40-60 % คิดเป็นร้อยละ 74.32 และกรณีกลุ่มโรคหลักที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (ADL) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ADL 0-4 คิดเป็นร้อยละ 83.09 ซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้สอดคล้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแล/ช่วยเหลือของผู้ป่วย (RUG ADL) ส่วนการประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยสอบถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 33.58 รองลงมาภาวะอ่อนล้า คิดเป็นร้อยละ 25.46 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับสมรรถนะผู้ป่วยระดับประคองที่กลุ่มโรคหลักเป็นมะเร็งและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกลุ่มโรคหลักที่ไม่ใช่มะเร็ง และการประเมินความรุนแรงของอาการไม่สุขสบายต่างๆ (n=542)

ผลการประเมินการดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสมรรถนะผู้ป่วยระดับประคอง กรณีเป็นโรคมะเร็ง (n=406)	
10-30 %	82 (20.20)
40-60 %	302 (74.38)
70-100%	22 (5.42)
ADL กรณีไม่ใช่โรคมะเร็ง (n=136)	
ADL 0-4	113 (83.09)
ADL 5-8	8 (5.88)
ADL 9-11	8 (5.88)
ADL 12-20	7 (5.15)
การประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ (SAS)	
ปวด	182 (33.58)
หายใจหอบเหนื่อย	129 (23.80)
อ่อนล้า	138 (25.46)
คลื่นไส้/อาเจียน	23 (4.24)
ท้องผูก	97 (17.90)
เบื่ออาหาร	137 (25.27)

อภิปรายผล

ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองการดูแลรักษามีความสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใกล้เคียงตามเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบเคียงคุณภาพการดูแล PCOC ของออสเตรเลีย ร้อยละ 88.38 ของผู้ป่วยในระยะไม่คงที่เปลี่ยนเป็นระยะคงที่ภายใน 3 วัน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐาน และพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไม่คงที่บางกลุ่ม มีสมรรถนะถดถอยลงตามตัวโรคและเข้าสู่ระยะใกล้เคียงชีวิต ส่งผลให้ผลประเมินคุณภาพการดูแล PCOC ได้น้อยกว่าเมื่อเทียบเคียงคุณภาพการดูแล PCOC ของออสเตรเลีย

สรุป

ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองการดูแลรักษามีความสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานเทียบเคียงคุณภาพการดูแล PCOC ของออสเตรเลีย ร้อยละ 88.38 ของผู้ป่วยในระยะไม่คงที่ควรอยู่ในระยะนี้ไม่เกิน 3 วัน ซึ่งเป็นไปตาม

มาตรฐาน และควรมีการพิจารณานำเกณฑ์มาตรฐานอื่นๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย รวมถึงมีการดำเนินการใช้ PCOC ในระดับประเทศเพื่อประเมินระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการพัฒนารูปแบบประเมินและวิเคราะห์ผลลัพธ์ PCOC ในการดูแลผู้ป่วยนอก
- ควรมีการขยายการใช้ PCOC สู่วิทยาลายระดับอื่น, หรือการติดตามผลระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนางปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ หัวหน้างานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล ที่ให้การชี้แนะ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานในหน่วย และงานวิจัยนี้ได้รับทุนจากคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการนำเสนองานที่ประเทศมาเลเซียในรูปแบบ Poster Presentation ในงาน Asia Pacific Hospice Conference ครั้งที่ 15 ระหว่างวันที่ 23-26 เดือนเมษายน พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

1. Connor SR. (Ed.). Global Atlas of Palliative Care (2nd ed.). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. 2020.
2. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มนัสวานิช. มาตรฐานและกระบวนการพัฒนาคุณภาพสำหรับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย. ใน Textbook of Palliative Care การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 1 (หน้า 14-19). ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564
4. Wu JJ, Tung YC. Did the Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) program lead to improved end-of-life care quality and reduced non-beneficial treatments? Supportive Care in Cancer 2024; 32: 574. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08771-1>
5. Masso M, Allingham SF, Banfield M, Johnson CE, Pidgeon T, Yates, P, Eagar K. Palliative care phase: Inter-rater reliability and acceptability in a national

- study. Palliative Medicine. 2015;29:22-30. <https://doi.org/10.1177/0269216314551814>
6. Palliative Care Outcomes Collaboration. Patient outcomes in palliative care in Australia: National report. 2020. <https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow264401.pdf>
 7. Eagar K, Watters P, Currow DC, Aoun SM, Yates P. The Australian Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC)—measuring the quality and outcomes of palliative care on a routine basis. Australian Health Review 2010; 34: 186–92. <https://doi.org/10.1071/AH08718>