



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ระดับประคับประคองหนึ่งเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง

กาพย์ชวิน บุญเดช^{1*,3}, ปาริชาติ เพียสุพรรณ¹, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล^{2,3}, อรรถกร รักษาสัตย์^{2,3}

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคับประคอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการุณรักษ์

Leading Causes to Visit Emergency Department in the Last Month of Life of Palliative Patients in a Super Tertiary Hospital

Kapchawin Boondech^{1*,3}, Parichart Piasupun¹, Srivien Pirojkul^{2,3}, Attakorn Raksasataya^{2,3}

¹Palliative Nursing Unit, Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University

³Karunrak Palliative Care Research Collaboration Center Faculty of Medicine,
Khon Kaen University

Received: 31 March 2024/ Review: 23 April 2024/ Revised: 10 August 2024/

Accepted: 14 August 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยระดับประคับประคองมีความทุกข์ทรมานและภาวะโรคที่ซับซ้อนหลายอย่าง โดยเฉพาะในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหนึ่งเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกบัตรตรวจโรค (OPD card) ระบบสารสนเทศในผู้ป่วยระดับประคับประคองที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2565

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ป่วยระดับประคับประคอง 115 ราย เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิต อายุเฉลี่ย 66.65 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 60.00 อาการนำส่งที่จัดการยากเป็นอาการหายใจลำบากหอบเหนื่อย ร้อยละ 31.30 ปวดรุนแรงร้อยละ 28.70 ระดับความรู้สึกตัวลดลง ร้อยละ 22.60 อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 58.26 มาโรงพยาบาลด้วยรถพยาบาล ร้อยละ 53.90 และ 78.90 เข้ามารับบริการในเวลาทำการ (8.00 น. – 16.00 น.) ปัญหาด้านครอบครัว ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ซึ่งประกอบด้วย ไม่สามารถยอมรับการเสียชีวิต ต้องการพ่วงชีพและความคาดหวังต่อการรักษาโรค ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าไม่สามารถจัดการอาการได้ ร้อยละ 86.08 ไม่สามารถให้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 11.30 มีแผนการดูแลไม่ตรงกันร้อยละ 2.58 ร้อยละ 93.91 มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และต้องการการดูแลอาการให้สุขสบาย ร้อยละ 72.17 หลังจากมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าร้อยละ 33.91 ถูกส่งเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยระดับประคับประคอง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในแผนกอื่นๆ ร้อยละ 49.53 ส่งต่อโรงพยาบาลอื่นร้อยละ 2.60 จำหน่ายกลับบ้านนอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 7.82 จำหน่ายกลับบ้านและส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้านการุณรักษ์ ร้อยละ 3.47 เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 2.60

สรุป: เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้แก่ ภูมิลาเนาที่อยู่อาศัย อาการทางกายที่จัดการยาก การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้ต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินซึ่งรูปแบบการดูแลเต็มไปด้วยความเร่งด่วน การเดินทางมามีโอกาสเสียชีวิตระหว่างทางและมีบางรายเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ดังนั้น ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีภาวะฉุกเฉินและครอบครัวทั้งในพื้นที่ชนบทและเขตเมืองเพื่อลดการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ห้องฉุกเฉิน, การดูแลแบบประคับประคอง, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง

*Corresponding author: Kapchawin Boondech, E-mail: kapchawin.poo@gmail.com

Abstract

Background and objective: Palliative patients have multiple complex distress and disease burden, especially in the last month of life. Leading cause to visit the emergency department (ED) need to be explored. This study aimed to the investigate factors related to visit emergency department in super tertiary hospital among palliative patients in the last month of life.

Methods: A descriptive retrospective study was conducted by reviewing medical record review of patients who visited Srinagarind hospital ED in the last month of life and received palliative care service from Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand between 1 January to 30 June 2022.

Results: 115 palliative patients went to ED in the last month of life. Mean average age was 66.65 years. The most diagnoses were hepato-biliary cancer 60.0%, non-cancer disease 40.0% Symptoms distress which bring patients to ED were dyspnea 31.3%, severe pain 28.7% and decreased level of consciousness 22.60%. More than half of patients came from rural areas or other provinces 58.26%. Patients visited ED by ambulance was 53.9%, by private transportation was 46.1% and 78.9% accessed to ED in the daytime (8 am – 4 pm). Family and caregiver issues were anxiety, unable to accept death, need life support and over expectation for cure, unable to deal with patient's symptoms at home (86.1%), unable to died at home (11.30%), and inconsistent care plan (2.58%). Most patients (93.91) had their own advanced care planning and preferred comfort care 72.2%. After visited emergency room, 33.9% of patients were sent to palliative ward. 49.5% admitted to internal medicine ward for correcting causes, 2.6% referred to other hospitals, 7.8% referred to rural areas or other provinces, 3.5% discharged for Karunrak home care, and 2.6% died at the emergency room.

Conclusion: Domicile symptom burden, multiple complex diseases, and family caregiver anxiety are the factors that often lead patients to visit the emergency room. There is a risk of death during transfer to the hospital, and some patients have died in at the emergency room. This study is suitable to develop care plan valuable for planning the development of care for palliative patients by creating emergency practice guidelines and for services in rural areas and other provinces. Implementing this strategic plan may help reduce unnecessary ED visits.

Keywords: emergency department, palliative care, leading causes, super tertiary hospital

บทนำ

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะที่สภาวะการเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาด กำลังเข้าสู่ภาวะถดถอยตามธรรมชาติของโรค เป้าหมายการดูแลในช่วงนี้คือเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่และมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด¹ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้มีการทำแผนการดูแลล่วงหน้า และมีแผนการจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน เมื่อเผชิญกับอาการที่จัดการลำบาก ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน² เป็นสถานที่ให้การรักษารายอย่างรีบเร่ง รวดเร็ว บางครั้งทีมสุขภาพไม่ได้ประเมินถึงเรื่องเป้าหมายการดูแลไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น³

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีภาวะฉุกเฉิน คือผู้ป่วยประสบปัญหาเกิดขึ้นเฉียบพลันและคุกคามต่อชีวิตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรีบด่วนเมื่อพยาธิสภาพของโรครุนแรงมากขึ้น มีอาการที่ไม่สามารถจัดการได้⁴ มุ่งานศึกษาในต่างประเทศถึงความสำคัญกับการดูแลประคับประคองโดยชุมชนและมุมมองการเสียชีวิต ซึ่งควรเกิดขึ้นที่บ้าน และลักษณะของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วยภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ป่วยเป็นมะเร็ง⁵ ส่วนการศึกษาลักษณะและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ในประเทศไทย โรงพยาบาลศิริราชกรุงเทพมหานคร พบว่าอาการสำคัญที่ทำให้ต้องมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินคืออาการทางระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหารอายุเฉลี่ย 73 ปี ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม เคยได้รับการดูแลโดยปรึกษาทีมประคับประคอง มีแผนการดูแลล่วงหน้าและมีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข (living will) อาการนำส่งพบบ่อยที่สุดคืออาการหายใจลำบาก เหตุผลหลักในการเข้ารับการรักษา คือ ควบคุมอาการไม่ได้ ปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตในโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่ได้รับการจัดการด้วยยา morphine และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากทีมประคับประคอง⁶ แต่การเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหนึ่งเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยปัจจัยใดนั้นยังไม่มีการศึกษา

จากสถิติการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของศูนย์การุณรักษ์ผู้ป่วยรายเก่าในระยะการดำเนินโรคกำลังเข้าสู่ภาวะถดถอยตามธรรมชาติ ส่วนหนึ่งกลับมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยหลายปัจจัย มีการส่งปรึกษาให้ทีมประคับประคองดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันที่ห้องฉุกเฉิน ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565 พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายเก่าที่อยู่ในโปรแกรมดูแลผู้ป่วยประคับคอง กลับมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 41 ราย ส่วนใหญ่โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบาย⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลจากศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในหนึ่งเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตควรเริ่มจากศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจ ก่อนนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแล การวางแผนจำหน่าย การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อเครือข่ายต่างอำเภอ ต่างจังหวัด การติดตามและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าถึงระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ 24 ชั่วโมง การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองให้มีคุณภาพต่อไป ดังนั้นการศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหนึ่งเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (descriptive) ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้รับการดูแลจากศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์และเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นหมายเลขจริยธรรมคือ HE661298 รับรองเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 และได้รับการอนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูล ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ได้รับการดูแลจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2565 โดยเกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วย รายชื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่อยู่ในการดูแลของหน่วยการุณรักษ์ที่มีการมารับบริการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ไม่ได้กลับมาใช้บริการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินแล้วมีชีวิตอยู่เกิน 1 เดือน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวนทั้งหมด 115 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและโรคเรื้อรังในระยะใกล้เสียชีวิต ในการดูแลของหน่วยดูแลแบบประคับประคอง ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ เชื้อชาติ ช่วงอายุ ที่อยู่อาศัย อาชีพ สิทธิการรักษาระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 มาโรงพยาบาลโดยรถฉุกเฉิน หรือรถยนต์ส่วนตัว ความสัมพันธ์ของผู้นำส่ง ช่วงเวลาที่มารับบริการ

2.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยระยะประคับประคอง ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคร่วม ความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วยระยะประคับประคองในกลุ่มโรคมะเร็ง (palliative performance scale: PPS) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ไข่มะเร็ง (Barthel activities of daily living: ADL) เครื่องมือประเมินอาการไม่สุขสบายของเอดมันตัน (Edmonton symptom assessment scale: ESAS) ลักษณะของผู้ป่วยประคับประคองที่มารับบริการ สาเหตุของการมาห้องฉุกเฉิน อาการนำส่ง (symptoms burden) ผู้ดูแล (caregiver) ช่วงเวลาที่มารับบริการ ปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ดูแล

2.3 แผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan : ACP) การจัดการที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 สถานะหลังจากรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

3.1 การส่งต่อเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องสถานที่เสียชีวิต และระยะเวลาเสียชีวิตนับจากออกจากห้องฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บันทึกข้อมูลรายชื่อของผู้ป่วยประคับประคองที่เสียชีวิต จากทะเบียนรายชื่อดังแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในงานเวชระเบียนและสถิติ ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.65 สถานภาพสมรสร้อยละ 66.1 เชื้อชาติไทยร้อยละ 98.3 ช่วงอายุ 61-79 ปี ร้อยละ 43.5 (Max 89 Min 18 Mean 68 SD 13.55) ส่วนมากประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.0 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 37.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระดับประคองที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินพบผู้ป่วยทั้งหมด 115 ราย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	64 (55.7)
หญิง	51 (44.3)
สถานภาพ	
สมรส	76 (66.1)
โสด	8 (7.0)
หย่าร้าง	6 (5.2)
หม้าย	25 (21.7)
เชื้อชาติ	
ไทย	113 (98.3)
ต่างชาติ	2 (1.7)
ช่วงอายุ (ปี)	
0 - 18	2 (1.7)
19 - 60	38 (33.0)
61 - 79	50 (43.5)
> 80	25 (21.7)
ที่อยู่อาศัย	
ในเขตอำเภอเมือง	48 (41.7)
นอกเขตอำเภอเมือง	67 (58.3)
อาชีพ	
เกษตรกร	38 (33.0)
ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	21 (18.3)
ข้าราชการบำนาญ	10 (8.7)
ค้าขาย	18 (15.7)
รับจ้าง	7 (6.1)
สิทธิการรักษา	
ข้าราชการ	17 (14.78)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43 (37.39)
ประกันสังคม	7 (6.08)
จ่ายเงินเอง	5 (4.34)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
อาการสำคัญนำส่ง / Symptom burden	
หายใจลำบาก หอบเหนื่อย	36 (31.3)
ปวดรุนแรง	33 (28.7)
ไข้	25 (21.7)
ซีมีลง	22 (19.1)
อ่อนล้าอ่อนแรง	18 (15.7)
ปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ดูแล (Caregiver)	
วิตกกังวลไม่สามารถยอมรับการเสียชีวิต	
ความคาดหวังต่อการรักษาโรคและมีความ	99 (86.1)
เหนื่อยล้าไม่สามารถจัดการอาการได้	
ไม่สามารถให้เสียชีวิตที่บ้านได้	13 (11.3)
มีแผนการดูแลในครอบครัวไม่ตรงกัน	3 (2.6)
การวินิจฉัยโรคหลัก (โรคมะเร็ง N=69)	
Hepato-biliary	35 (50.7)
Lung	7 (10.1)
Breast	2 (2.9)
GI tract	11 (15.9)
Head & Neck	3 (4.3)
อื่นๆ	11 (15.9)
Palliative Performance Scale : PPS (N=69)	
10-20	10 (14.5)
30-40	43 (18.8)
50-70	16 (23.2)
ไม่ใช่โรคมะเร็ง (N=46)	
Respiratory disease	9 (19.6)
Kidney disease	8 (17.4)
Dementia	7 (15.2)
Heart/vascular disease	3 (4.3)
อื่นๆ	19 (41.3)
ADL (Non Cancer, N=46)	
0-4	36 (78.3)
5-8	6 (13.0)
9-11	1 (2.17)
12-20	3 (6.5)
แผนการดูแลล่วงหน้า ACP ของผู้ป่วย	
ดูแลจัดการอาการให้สุขสบายเท่านั้น (full comfort)	83 (72.2)
ต้องการใช้ยากระตุ้นความดันเครื่อง	24 (20.9)
พองชีพแต่ไม่ต้องการ CPR	
ต้องการใช้ยากระตุ้นความดันเครื่องพองชีพ	3 (2.6)
รวมทั้ง CPR	
ไม่แน่ใจและยังไม่ตัดสินใจเลือก	5 (4.3)

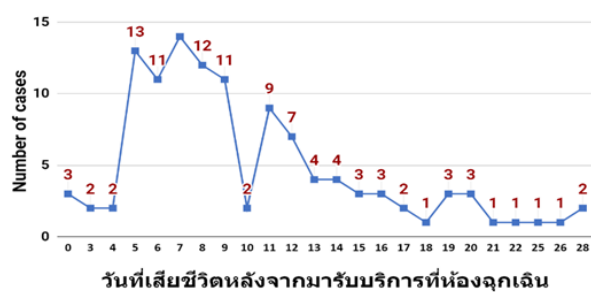
หมายเหตุ อาการสำคัญนำส่ง / Symptom burden ผู้ป่วยหนึ่งรายมีอาการเลือกได้มากกว่า 1 อาการ

ตารางที่ 3 การจัดการที่ได้รับในห้องฉุกเฉิน

การจัดการที่ได้รับ	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้ยามอร์ฟินจัดการอาการ	39 (33.9)
ใช้ vasopressor	21 (18.3)
ให้ออกซิเจนแรงดันสูง (HFNC)	29 (25.2)
อื่นๆ	89 (77.4)

ส่วนที่ 3 สถานะหลังจากรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

พบว่าทีมประคับประคองหน่วยการดูแลผู้ป่วยได้รับปรึกษาไปร่วมประเมินและจัดการอาการ สื่อสารเป้าหมายการดูแลและรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระดับประคับประคองจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 33.9) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ 79 ราย (ร้อยละ 68.7) สถานะหลังจากรับบริการที่ห้องฉุกเฉินเมื่อไม่ได้มีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล พบว่าได้จำหน่ายนอกเขตอำเภอเมือง 9 ราย (ร้อยละ 7.8) จำหน่ายในเขตเมือง 4 ราย (ร้อยละ 3.2) เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน 3 ราย (ร้อยละ 2.6) รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 28 ราย (ร้อยละ 24.3) หอผู้ป่วยอื่นๆ หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมร้อยละ 12.2 หอผู้ป่วยในแผนกสูติศาสตร์ร้อยละ 0.9 หอผู้ป่วยในแผนกหู คอ จมูก ร้อยละ 0.9 หอผู้ป่วยในแผนกวิกฤตไอซียู ร้อยละ 11.3 จำนวนวันที่เสียชีวิตหลังจากมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-9 วัน (ร้อยละ 40.9) (Max 28, Min 0, Mean 4.30 SD 5.54) (กราฟที่ 1)



กราฟที่ 1 แสดงจำนวนวันที่เสียชีวิตหลังจากมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและห้องฉุกเฉิน ในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนเสียชีวิตจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัจจัยแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

ด้านภูมิลาเนา พบว่าเป็นผู้ป่วยระดับประคับประคองนอกเขตอำเภอเมือง มากกว่า สะท้อนให้เห็นว่าระบบเชื่อมโยงส่งต่อดูแลต่อเนื่องในต่างจังหวัด หรือในพื้นที่ชุมชนนั้นอาจมีข้อจำกัด

และอุปสรรคในการเข้าถึงระบบการติดตามอาการผู้ป่วยระดับประคับประคองในชุมชน เช่น มีรอยต่อของการติดตามประเมินอาการ ลงเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง การลงบันทึกที่อยู่ตามเวชระเบียนกับที่อยู่ปัจจุบันไม่ตรงจริง บางรายอาจอยู่กับครอบครัวของบุตรหลานที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ทำให้ข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้ และการเดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถฉุกเฉิน⁹ ความสัมพันธ์ของผู้มาส่ง ส่วนใหญ่พบว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว ช่วงเวลาที่มารับบริการส่วนใหญ่ คือเวลากลางวัน 8.00 - 16.00 น. พบว่าบางรายไม่ได้เข้าข่ายอาการเร่งด่วนหรือฉุกเฉินจริง แต่มีปัญหาคือผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า มีผู้ดูแลเพียงคนเดียวไม่สามารถรับมือได้ บางรายได้มีการโทรขอคำปรึกษาจากทีมประคับประคอง ผ่านทางพยาบาลเจ้าของไข้และได้คำแนะนำให้มาประเมินเบื้องต้นที่โรงพยาบาลจึงมาห้องฉุกเฉินและได้รับแก้ไขสาเหตุที่จัดการได้ ดังนั้นการมารับบริการมีเหตุจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ บางรายไม่ฉุกเฉินจริงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากระบบพยาบาลเจ้าของไข้สามารถหลีกเลี่ยงการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเกินความจำเป็น¹¹

ด้านร่างกาย พบว่าอาการไม่สุขสบายทางกาย คือหายใจลำบาก หอบเหนื่อย รองลงมาคืออาการปวดรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลศิริราชกรุงเทพมหานคร⁹ โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยระดับประคับประคองและผู้ดูแล ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคระยะเรื้อรังเรื้อรัง เคยได้รับการรักษาจากทีมประคับประคอง มีแผนการดูแลล่วงหน้าและ เคยทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข (living will) มีแผนเกี่ยวกับสถานที่ ที่ต้องการเสียชีวิต อาการนำส่งพบมากที่สุดคืออาการหายใจลำบาก เหตุผลหลักในการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน คือ ควบคุมอาการไม่ได้

ด้านการวินิจฉัยโรค อันดับหนึ่งพบว่าเป็นโรคระยะเรื้อรังและท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ PPS อยู่ในช่วง 30-40% ร้อยละ 62.31 มากกว่ากลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคระยะเรื้อรัง ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-4 อยู่ในสภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 78.3 ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง สมอเสื่อม สอดคล้องกับสาเหตุของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของประเทศเกาหลี ประกอบด้วยภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ป่วยเป็นระยะเรื้อรัง⁹

ด้านครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ยังไม่สามารถยอมรับการเสียชีวิต มีความเหนื่อยล้า ไม่สามารถจัดการอาการได้ ร้อยละ 86.08 ไม่สามารถให้เสียชีวิตที่บ้าน ได้ร้อยละ 11.30 มีแผนการดูแลในครอบครัวไม่ตรงกันร้อยละ 2.60 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ส่วนหนึ่งมีปัญหาทางด้านร่างกาย พบมากที่สุดคือปัญหาใหม่คือปอดติดเชื้อ ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาทางด้านครอบครัว เกิดจากผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า อาการที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ ส่งผลให้ต้องเลือกกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการพูดคุยแผนการดูแลล่วงหน้า มี ACP เลือกดูแลจัดการอาการให้สุขสบายเท่านั้น (full comfort) และผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินประเมินแล้วว่าสาเหตุการมานั้นสามารถแก้ไขได้ เช่น ไข้จากภาวะติดเชื้อ เพื่อสับสน อ่อนล้าอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บแน่นหน้าอก สาย PTBD เลื่อนหลุด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลศึกษาไปใช้

เนื่องด้วยมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ภูมิลำเนา ในเขต นอกเขตอำเภอเมือง อาการทางกายที่จัดการยาก การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้ต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินซึ่งรูปแบบการดูแลเต็มไปด้วยความเร่งด่วน การเดินทางมีโอกาสเสียชีวิตระหว่างทาง มีบางรายเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินไม่เป็นไปตามแผนการดูแลล่วงหน้า ดังนั้นผู้วิจัยจะนำผลวิจัยเพื่อไปใช้ประโยชน์ด้าน

การปฏิบัติการพยาบาล การส่งต่อหลังจากจำหน่าย ภายหลังออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลเจ้าของไข้ การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อเครือข่าย ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด การติดตามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ 24 ชั่วโมง การลงเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง เป็นการสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถลดการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นได้ ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการนำไปวางแผนพัฒนาระบบให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีภาวะฉุกเฉินให้มีคุณภาพต่อไป

ด้านการบริหารจัดการ ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการจัดทำแนวทางปฏิบัติการรับปรึกษาผู้ป่วยระยะประคับประคองจากแผนกฉุกเฉินในเวลาและนอกเวลาราชการ

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง การลงบันทึกที่อยู่ตามเวชระเบียนกับที่อยู่ปัจจุบันไม่ตรงจริง บางรายอาจมาอยู่กับครอบครัวของบุตรหลานที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ทำให้ข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้

สรุป

เนื่องด้วยมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้แก่ ภูมิลำเนาที่อยู่อาศัย อาการทางกายที่จัดการยาก การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้ต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินซึ่งรูปแบบการดูแลเต็มไปด้วยความเร่งด่วน การเดินทางมีโอกาสเสียชีวิตระหว่างทางและ มีบางรายเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ดังนั้น ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีภาวะฉุกเฉินและครอบครัวทั้งในพื้นที่ชนบทและเขตเมืองเพื่อลดการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. Theerachol S, Matchim Y. End-of-life care: The context of the emergency room. *Vajira Nursing Journal*. 2018;19(1):1-9.
2. Chang A, Espinosa J, Lucerna A, Parikh NP. Palliative and end-of-life care in the emergency department. *Clin Exp Emerg Med* 2022; 9(3):253-6. doi: 10.15441/ceem.22.341.
3. Verhoef M, Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: An observational cohort study. *Support Care Cancer* 2020;28(3):1097-1107. doi: 10.1007/s00520-019-04906-x.
4. Sriveing P, Parichart P. Operation guidelines for hospital palliative care program. *Khon Kaen: Kungnanawithaya*; 2014.
5. Sadler K, Abudari G, Aljawi D, Snelling D. Deaths in the Emergency Department: An Assessment of Patient's End-of-Life Trajectory and Quality of Care. *Indian J Palliat Care* 2020 Jul-Sep;26(3): 352-357. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_206_19.

6. Monsomboon A, Chongwatcharasatit T, Chanthong P, Chakorn T, Prapruetkit N, Surabenjawong U, et al. Characteristics and factors associated with mortality in palliative patients visiting the Emergency Department of a large tertiary hospital in Thailand. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):115-124. doi: 10.1186/s12904-022-01009-z.
7. Karunruk Palliative Care Center. Annual report of the Karunruk Palliative Care Center statistics. Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 2020.
8. Lee J, Kim J, Park I, Cho Y. Factors associated with the number of emergency department visitors. *J EMS Med* 2021;1(1):23-30. doi:10.35616/jemsm.2019.00031.
9. Tianthong S, Pirojkul S, Piasupan P. Readmission of palliative patients at Karunruk Palliative Center, Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2021; 36(4):469-473.
10. Taylor P, Stone T, Simpson R, Kyeremateng S, Mason S. Emergency department presentations in palliative care patients: a retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care* 2022 ;1-4. doi:10.1136/bmjspcare-2022-003563.
11. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do palliative care patients present to the emergency department? Avoidable or unavoidable? *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30(3): 253-6. doi:10.1177/1049909112447285.

SMJ