

รายงานวิจัย

Research Articles

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ต่อโรคของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

Factors Affecting Disease Awareness of Palliative Cancer Patients

วรารัตน์ ทาทายู* วิน เตชะเคหะกิจ*

Wararat Thatayu* Win Techakehakij*

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 52000

*Department of Social Medicine, Lampang Hospital, Lampang 52000

Corresponding author e-mail address: mintwararatt@gmail.com

Received: February 26, 2022

Revised: June 29, 2022

Accepted: September 12, 2022

Abstract

Patient's awareness of disease is essential for productive goals of care discussions in palliative care. However, there remains a death within the consultation process of the knowledge concerning factors related to patient's awareness. This study explored the associated factors of patient's awareness among palliative cancer patients. A retrospective study was performed in cancer patients who received palliative care consultation at Lampang Hospital during 2017-2021. Data including patient's sociodemographic characteristics, types of cancer, date of cancer diagnosis, date of receiving palliative care consultation and Performance Status Scale (PPS) score were retrieved. Multiple logistic regression analyses were employed to explore the associations. The results showed that high PPS score and having duration three months or more from cancer diagnosis to palliative consultation increased chances of having awareness significantly. For every additional year of age decreased chances of having awareness significantly. Results of this study suggest benefits of early palliative care consultation to increase cancer patient's awareness. Additionally, among patients without awareness, repeated discussion after three months from cancer diagnosis may improve their awareness.

Keywords: patient's awareness, awareness of disease, prognostic awareness, awareness of goals of treatment, palliative care

Buddhachinaraj Med J 2022;39(2):203-12.

บทคัดย่อ

ความตระหนักรู้ต่อโรคของผู้ป่วยนั้นสำคัญต่อประสิทธิผลของการพูดคุยเรื่องเป้าหมายการรักษาในการดูแลระดับประคับประคอง แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ของผู้ป่วย การศึกษาแบบย้อนหลังครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลลำปางระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 ข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ชนิดของมะเร็ง วันที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง วันที่ได้รับการส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPS score) วิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความตระหนักรู้ต่อโรค ระยะและการพยากรณ์โรค รวมทั้งเป้าหมายของการรักษาด้วยสถิติพหุคูณถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าค่า PPS score สูงและระยะเวลาที่วินิจฉัยมะเร็งจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปเพิ่มโอกาสของความตระหนักรู้ของแต่ละปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การมีอายุเพิ่มขึ้นแต่ละปีลดความตระหนักรู้ของแต่ละปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือการปรึกษาการดูแลประคับประคองโดยเร็วเพิ่มความตระหนักรู้ของผู้ป่วยมะเร็งยิ่งกว่านั้นในผู้ป่วยที่ยังไม่ตระหนักรู้หากได้คุยซ้ำหลังการวินิจฉัยมะเร็ง 3 เดือนอาจช่วยให้ความตระหนักรู้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ความตระหนักรู้ของผู้ป่วย, ความตระหนักรู้ต่อโรค, ความตระหนักรู้ต่อพยากรณ์โรค, ความตระหนักรู้ต่อเป้าหมายการรักษา, การดูแลประคับประคอง

พุทธชินราชเวชสาร 2565;39(2):203-12.

บทนำ

การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advanced care planning) เป็นหนึ่งในขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง¹ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง²⁻³ การวางแผนการรักษาล่วงหน้ามีประโยชน์เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวและสติสัมปชัญญะลดลงจนไม่สามารถสื่อสารกับทีมที่ให้การรักษาได้ เพื่อให้ทีมที่ให้การรักษาดำเนินการตามเจตนารมณ์ที่ผู้ป่วยตั้งใจไว้⁴ ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้วางแผนเกี่ยวกับการรักษาของตนเองไว้ล่วงหน้าจะช่วยลดการได้รับการรักษาหรือการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น⁵ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁶⁻⁷ ช่วยลดความกดดันและความวิตกกังวลของผู้ดูแลและครอบครัว⁸ ตลอดจนช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อีกด้วย⁹ โดยการวางแผนการรักษาล่วงหน้านั้นจำเป็นต้องร่วมสนทนากันเพื่อค้นหาเป้าหมายการดูแล (goal of care discussion) ระหว่างทีมแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

หรือให้ความสำคัญ การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับ การดูแลรักษาเมื่อถึงเวลา และการเลือกบุคคลใกล้ชิดผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนาแทน¹⁰

ทั้งนี้ ก่อนจะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อถึงระยะเวลายุติหรือไม่นั้นความตระหนักรู้ของผู้ป่วย (patient awareness) เกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น (awareness of disease) พยากรณ์โรค (prognostic awareness) และเป้าหมายการรักษา (awareness of goals of treatment) เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องสื่อสารและประเมินเพื่อใช้ประกอบการวางแผนการรักษาล่วงหน้าต่อไป^{1,11-12} เนื่องจากการรับรู้หรือความเข้าใจที่ผิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค หรือเป้าหมายการรักษาจะนำไปสู่การเลือกแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควรได้¹³⁻¹⁴ นอกจากนั้น จากผลการศึกษาในอดีตพบว่าความตระหนักรู้ต่อโรคและพยากรณ์โรคมียังมีผลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵⁻¹⁶ ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า¹⁷⁻¹⁸ รวมถึงช่วยเพิ่มสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกด้วย¹⁹

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบหรือไม่รับรู้รายละเอียดของโรคที่เป็นอยู่ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนการรักษาล่วงหน้าและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้ แต่มีงานวิจัยน้อยมากที่แสดงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรการแพทย์ใช้ประกอบการวางแผนการประเมินและให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป ทั้งนี้

ความตระหนักรู้ หมายถึง การรับรู้อย่างสมเหตุสมผลหรือตามความเป็นจริงของสถานการณ์ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ²⁰

การรักษาแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นที่การป้องกัน บรรเทาอาการรบกวนและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจส่งผลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว²¹

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาแบบประคับประคองโดยทีมดูแลประคับประคองในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปาง ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนที่บันทึกโดยทีมดูแลประคับประคอง และจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ซึ่งมีข้อมูลที่ต้องการศึกษาครบถ้วน ทั้งนี้ ความตระหนักรู้ของผู้ป่วยในการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ความตระหนักรู้ของผู้ป่วยต่อโรค (มี/ไม่มี) ความตระหนักรู้ต่อระยะและการพยากรณ์โรค (มี/ไม่มี) และความตระหนักรู้ต่อเป้าหมายของการรักษาว่าเป็นโรคที่หายขาดหรือไม่ (มี/ไม่มี) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการ

การรักษาแบบประคับประคองทั้งหมดได้รับการประเมินข้อมูลเหล่านี้โดยทีมประคับประคองผ่านการพูดคุยและซักถามผู้ป่วย สำหรับตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน เช่น “คุณหมอเจ้าของไข้แจ้งว่ายังไบบ้าง”, “คุณหมอเจ้าของไข้บอกว่าป่วยเป็นอะไร”, “พอจะทราบหรือไม่ว่าขณะนี้ป่วยเป็นอะไร”, “เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไบบ้าง”, “คิดว่าโรคที่เป็นอยู่รุนแรงแค่ไหน”, “ทราบหรือไม่ว่าโรคที่เป็นอยู่จะส่งผลกระทบต่อคนไบบ้าง” และคำพูดของผู้ป่วย เช่น “จะสู้จนถึงที่สุด ยังหวังว่าจะสามารถรักษาหายได้”, “ทำยังงี้ก็ได้ให้ทรมานน้อยที่สุด”, “ไม่กลัวตายเพราะเตรียมตัวมาแล้วถ้าจะไปก็ให้ไปตามธรรมชาติ”

ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ชนิดของมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัย วันที่ได้รับการวินิจฉัย วันที่ได้รับการส่งปรึกษาดูแลโดยทีมประคับประคอง และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Palliative Performance Scale: PPS score²²: มีค่า 0%, 10%, 20%, ..., 100%) ที่ประเมินโดยทีมประคับประคองเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การกินอาหาร ระดับความรู้สึกตัว โดยผลการประเมินแบ่งเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS score > 70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS score 0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (PPS score 40-70%) ซึ่งแต่ละกลุ่มมีแนวทางการดูแลที่แตกต่างกัน²²

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลระบรหัส บันทึกคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ Stata version 13²³ นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกเป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยกับความตระหนักรู้ต่อโรค ระยะ และการพยากรณ์โรค รวมทั้งเป้าหมายของการรักษาด้วยสถิติพหุคูณถดถอยโลจิสติก (multiple logistic

regression analysis: MRA) โดยใช้วิธีประมาณค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของฮูเบอร์ไวท์ (Huber-White robust standard error) เพื่อลดความเอนเอียงจากปัญหาความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนไม่คงที่ (heteroskedasticity)²⁴ และใช้การประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อนึ่ง การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง ตามหนังสือรับรองเลขที่ 27/65 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 447 คนที่มีข้อมูลที่ต้องการศึกษาครบถ้วน เป็นเพศชาย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (n = 447)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	241 (53.9)
หญิง	206 (46.1)
อายุ (ปี)	
< 60	118 (26.4)
60-69	149 (33.3)
70-79	117 (26.2)
≥ 80	63 (14.1)
ระดับการศึกษา	
ไม่เกินชั้นประถมศึกษา	350 (78.3)
ชั้นมัธยมศึกษา	70 (15.7)
ระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไป	27 (6.0)
สถานภาพสมรส	
โสด	75 (16.8)
แต่งงาน	372 (83.2)
ระยะเวลาจากการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (เดือน)	
< 3	230 (51.5)
≥ 3	217 (48.6)
PPS score (%)	
10-30	123 (27.5)
40-70	290 (64.9)
> 70	34 (7.6)
ความตระหนักรู้ต่อตัวโรค	340 (76.1)
ความตระหนักรู้ต่อระยะและการพยากรณ์โรค	234 (52.4)
ความตระหนักรู้ต่อเป้าหมายของการรักษา	220 (49.2)

PPS score: Palliative Performance Scale คือ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง²²

241 คน (ร้อยละ 53.9) อายุไม่ต่ำกว่า 60 ปี 329 คน (ร้อยละ 73.6) ระดับการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษา 350 คน (ร้อยละ 78.3) สถานภาพสมรสแต่งงาน 372 คน (ร้อยละ 83.2) ระยะเวลาจากการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคองไม่เกิน 3 เดือน 230 คน (ร้อยละ 51.5) ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPS score) เท่ากับ 40-70% จำนวน 290 คน (ร้อยละ 64.9) ตระหนักรู้ต่อโรค 340 คน (ร้อยละ 76.1) ตระหนักรู้ต่อระยะและการพยากรณ์โรค 234 คน (ร้อยละ 52.4) ตระหนักรู้ต่อเป้าหมายของการรักษา 220 คน (ร้อยละ 49.2) ตูรายละเอียดในตารางที่ 1 ทั้งนี้ พบว่าเป็นมะเร็งตับ 100 คน (ร้อยละ 22.4) มะเร็งทางเดินอาหาร 95 คน (ร้อยละ 21.3) และมะเร็งปอด 77 คน (ร้อยละ 17.2) ตูรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระบบและอวัยวะที่พบมะเร็งในผู้ป่วย (n = 447)

ระบบและอวัยวะที่พบมะเร็ง	จำนวน (ร้อยละ)
มะเร็งตับ	100 (22.4)
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	95 (21.3)
มะเร็งปอด	77 (17.2)
มะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี	50 (11.2)
มะเร็งเต้านม	20 (4.5)
อื่นๆ	105 (23.5)

ทั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยต่อโรค ต่อยาระยะและการพยากรณ์โรค และต่อเป้าหมายของการรักษา ได้แก่ การมีอายุเพิ่มขึ้นแต่ละปีลดความตระหนักรู้ของแต่ละปัจจัย [ค่า Adj OR (95%CI) ของแต่ละปัจจัย = 0.95 (0.93-0.98), 0.96 (0.94-0.98), 0.96 (0.94-0.98) ตามลำดับ] การมี PPS score เพิ่มขึ้นเพิ่มความตระหนักรู้ของแต่ละปัจจัย [ค่า Adj OR (95%CI) ของแต่ละปัจจัย = 1.26

(1.09-1.46), 1.23 (1.10-1.38), 1.20 (1.07-1.34) ตามลำดับ] และการที่มีระยะเวลาจากการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปเพิ่มความตระหนักรู้ของแต่ละปัจจัยเช่นกัน [ค่า Adj OR (95%CI) ของแต่ละปัจจัย = 3.78 (1.13-73.01), 3.78 (1.13-73.01), 1.88 (1.24-2.84) ตามลำดับ] ตามรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยต่อตัวโรค ต่อยาระยะและการพยากรณ์โรค และต่อเป้าหมายของการรักษา (n = 447)

ปัจจัย	ความตระหนักรู้ [Adjusted Odds ratios (95% Confidence Interval)]*		
	ต่อตัวโรค	ต่อยาระยะและการพยากรณ์โรค	ต่อเป้าหมายของการรักษา
เพศ			
ชาย	Ref	Ref	Ref
หญิง	1.27 (0.78-2.06)	1.24 (0.82-1.86)	1.23 (0.82-1.85)
อายุ (แต่ละปีที่เพิ่มขึ้น)	0.95 (0.93-0.98)	0.96 (0.94-0.98)	0.96 (0.94-0.98)
ระดับการศึกษา			
ไม่เกินชั้นประถมศึกษา	Ref	Ref	Ref
ชั้นมัธยมศึกษา	0.75 (0.35-1.59)	0.92 (0.50-1.71)	0.83 (0.44-1.53)
ระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไป	1.69 (0.49-5.91)	2.11 (0.83-5.35)	2.38 (0.93-6.08)
สถานภาพสมรส			
โสด	Ref	Ref	Ref
แต่งงาน	1.75 (0.87-3.52)	1.15 (0.61-2.17)	1.55 (0.82-2.93)
PPS score (%)	1.26 (1.09-1.46)	1.23 (1.10-1.38)	1.20 (1.07-1.34)
(ทุก 10% ที่เพิ่มขึ้น)			
ระยะเวลาจากการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง			
< 3 เดือน	Ref	Ref	Ref
≥ 3 เดือน	3.78 (1.13-73.01)	3.78 (1.13-73.01)	1.88 (1.24-2.84)

PPS score: Palliative Performance Scale คือ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง²²

*วิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 447 คนนั้นผู้ป่วยกว่า 3 ใน 4 มีความตระหนักรู้ต่อโรค ขณะที่ผู้ป่วยเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่มีความตระหนักรู้ต่อพยากรณ์โรคและเป้าหมายของการรักษา โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ความตระหนักรู้ทั้ง 3 ประการเพิ่มขึ้น ได้แก่ การมีอายุน้อย การมี PPS score สูง และการที่มีระยะเวลาจากการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งที่ผลการศึกษานี้พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวข้องกับการเกิดความตระหนักรู้ที่ลดลงนั้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความตระหนักรู้ต่อโรคที่ต่ำเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ²⁵ นั่นคือสิ่งสำคัญที่ควรถือเป็นแนวทางปฏิบัติว่าการสื่อสารเพื่อพูดคุยเรื่องโรค พยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษาแก่ผู้ป่วยนั้นควรเริ่มในอายุน้อยที่สุด นั่นคือตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มโอกาสให้เกิดความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เนื่องจากผู้ป่วยระยะประคับประคองจำนวนไม่น้อยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมักเกิดปัญหาด้านความสามารถในการสื่อสารอันอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางร่างกายและความคิดความจำที่ลดลงจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร ในการนี้การใช้มาตรการเสริม เช่น การเพิ่มบทบาทของครอบครัวให้มากขึ้นระหว่างที่สื่อสารกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการเรียนรู้และฝึกฝนเรื่องการใช้ภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนของทีมประคับประคองเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสามารถเป็นทางเลือกเพื่อเพิ่มโอกาสให้ความตระหนักรู้ดียิ่งขึ้นได้ ซึ่งนับเป็นการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยปรับแนวทางเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและแก้ปัญหาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน²⁶ นอกจากนี้การให้ครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการทำความเข้าใจต่อโรค พยากรณ์โรค และร่วมวางแผนการรักษาร่วมกันอาจสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นอีกด้วย²⁷

ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มี PPS score สูงมีโอกาสมีความตระหนักรู้ต่อโรค ต่อพยากรณ์โรค

และต่อเป้าหมายการรักษาเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มี PPS score สูงจะมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและระดับความรู้สึกตัวมากกว่าผู้ป่วยที่มี PPS score ต่ำ ทำให้การพูดคุยสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายกว่า ผู้ป่วยมีโอกาสรับรู้และเข้าใจได้มากกว่า ดังนั้น การสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่ยังมีระดับ PPS score สูงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความตระหนักรู้มากขึ้น

ส่วนอีกด้านหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่กำลังมีอาการรบกวนซึ่งส่งผลให้ระดับ PPS score ต่ำลงจนทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่พร้อมพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็น การมุ่งเน้นการรักษาเพื่อจัดการอาการรบกวนเหล่านั้นก่อนเริ่มการสื่อสารอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากหากสามารถลดอาการรบกวนของผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมี PPS score สูงขึ้นได้นั้นนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความพร้อมในการพูดคุยรับฟังแล้วยังอาจส่งผลให้โอกาสในการสื่อสารให้เกิดความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นได้อีกด้วย ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้หลังได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปเกี่ยวข้องกับการโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความตระหนักรู้ต่อโรค ต่อพยากรณ์โรค และต่อเป้าหมายการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการให้คำปรึกษาภายใน 3 เดือนแรกหลังทราบการวินิจฉัย ซึ่งอาจเนื่องจากการที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคในระยะสุดท้ายเสมือนหนึ่งเป็นการได้รับแจ้งข่าวร้าย อันอาจส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับรู้ข้อมูลของโรคและการพยากรณ์โรคในช่วงแรก²⁸ จนทำให้ทีมประคับประคองอาจยังไม่สามารถสื่อสารให้เกิดความตระหนักรู้ต่อโรค ต่อพยากรณ์โรค และต่อเป้าหมายในการรักษาในระยะแรกได้ ซึ่งในการนี้เทคนิคการแจ้งข่าวร้าย (breaking bad news)²⁹ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทีมประคับประคองสามารถนำมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การให้ความสำคัญแก่อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการให้ข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอนตรงตามความต้องการ รวมถึงการเตรียมสถานที่และใช้เวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวมีความเข้าใจที่ตรงกัน

นอกจากนั้นผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการพูดคุยเรื่องตัวโรคซ้ำอีกครั้งในผู้ป่วยที่ยังไม่มีความตระหนักรู้หลังจากผู้ป่วยได้ทราบการวินิจฉัยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจช่วยเพิ่มโอกาสการเกิดความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นได้อีกด้วย โดยประเด็นนี้เองสามารถนำไปสู่โอกาสในการพัฒนางานการดูแลระดับประคับประคองในด้านแนวทางการให้คำแนะนำซ้ำอีกครั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่ยังไม่เกิดความตระหนักรู้มาก่อน เพื่อเพิ่มโอกาสให้เกิดความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อนึ่ง แม้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมักมีความเจ็บป่วยวิกฤตที่ส่งผลต่ออายุขัย มีข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกัน แต่ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีความหลากหลายและความแตกต่างกันในระดับปัจเจก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องมุมมอง ความคาดหวัง ความต้องการ พื้นเพประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และความเข้าใจต่อโรคหรือความเจ็บป่วยต่างกัน ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยยึดหลักการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)³⁰⁻³² จะช่วยให้ทีมแพทย์ที่ดูแลรักษาได้เข้าใจถึงบริบท ความคิด ความเชื่อ ความศรัทธา ความต้องการ และชีวิตในภาพรวมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังประกอบด้วยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วย และครอบครัวดำเนินไปด้วยดี ส่งผลต่อความเข้าใจที่ถูกต้องของข้อมูลที่จะส่งเสริมความตระหนักรู้ต่อโรคของผู้ป่วยต่อไป

นั่นคือหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นสอดคล้องกับหลักพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว²⁷ ซึ่งให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมและเป็น

องค์ประกอบที่สำคัญของทีม การส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง รู้จักการประเมินความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อโรคที่เป็น มีทักษะในการสื่อสารเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทว่า การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักในผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะโรคได้เนื่องจากจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยมีน้อยเกินไป ซึ่งเป็นโอกาสสำหรับงานวิจัยในภายหน้าหากสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้มากขึ้นเพื่อนำมาวิเคราะห์และสร้างองค์ความรู้ในส่วนนี้เพิ่มเติมได้ต่อไป นอกจากนี้การใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในการศึกษาอาจทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลที่สำคัญได้ครบถ้วนทั้งหมด

ข้อมูลที่น่าสนใจสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยต่อโรค ต่อระยะและการพยากรณ์โรค และต่อเป้าหมายของการรักษา ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีอายุน้อย มี PPS score สูง และมีระยะเวลาจากการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จึงควรคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะประคับประคองให้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มโอกาสการเกิดความตระหนักรู้ นอกจากนี้การประยุกต์ใช้หลักการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองอาจช่วยเพิ่มโอกาสการเกิดความตระหนักรู้ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นได้อีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางสาวพรชนก ลาวิตา ผู้ช่วยนักวิจัย และสถิติ โรงพยาบาลลำปาง นางสาวรัชนีญา ราชเนตร นักวิชาการศึกษา โรงพยาบาลลำปาง และนางสาวอดิگانต์ พรหมหนู ผู้ช่วยนักวิจัย โรงพยาบาลลำปาง สำหรับความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ranganathan A, Gunnarsson O, Casarett D. Palliative care and advance care planning for patients with advanced malignancies. *Ann Palliat Med* 2014;3(3):144-9.
2. Boyd K, Mason B, Kendall M, Barclay S, Chinn D, Thomas K, et al. Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. *Br J Gen Pract* 2010;60(581):e449-58.
3. Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. *CMA J* 1996;155(12):1689-92.
4. Teno JM, Nelson HL, Lynn J. Advance care planning. Priorities for ethical and empirical research. *Hastings Cent Rep* 1994;24(6):S32-6.
5. Fleuren N, Depla MFIA, Janssen DJA, Huisman M, Hertogh CPM. Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. *BMC Palliat Care* 2020;19(1):27. doi: 10.1186/s12904-020-0535-1 *BMC Palliat Care* 2020; 19:article No.27
6. Schichtel M, Wee B, Perera R, Onakpoya I. The effect of advance care planning on heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2020;35(3):874-84.
7. Maracle R. Advanced care planning: improving quality of life. *DNA Reporter* 2016;41(3):10-1.
8. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>
9. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(2):209-14.
10. Phungrassami T. Advance care plan [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 11]. Available from: <http://budnet.org/sunset/node/213>
11. Temel JS, Greer JA, Admane S, Gallagher ER, Jackson VA, Lynch TJ, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* 2011; 29(17):2319-26.
12. Epstein AS, Prigerson HG, O'Reilly EM, Maciejewski PK. Discussions of life expectancy and changes in illness understanding in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2016;34(20):2398-403.
13. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998;279(21):1709-14.
14. Mon SW, Zu WWM, Maw MM, Win H, Thant KZ, Yang G, et al. Awareness of and preference for disease prognosis and participation in treatment decisions among advanced cancer patients in Myanmar: results from the APPROACH study. *Asia Pac J Clin Oncol* 2021;17(1):149-58.
15. Tang ST, Liu TW, Tsai CM, Wang CH, Chang GC, Liu LN. Patient awareness of prognosis, patient-family caregiver congruence on the preferred place of death, and caregiving burden of families contribute to the quality

- of life for terminally ill cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncol* 2008;17(12):1202-9.
16. Roll IJ, Simms V, Harding R. Multidimensional problems among advanced cancer patients in Cuba: awareness of diagnosis is associated with better patient status. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(3):325-30.
 17. Chan WC. Being aware of the prognosis: how does it relate to palliative care patients' anxiety and communication difficulty with family members in the Hong Kong Chinese context? *J Palliat Med* 2011;14(9):997-1003.
 18. Ray A, Block SD, Friedlander RJ, Zhang B, Maciejewski PK, Prigerson HG. Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006;9(6):1359-68.
 19. Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(5):449-56.
 20. Clare L, Markova IS, Roth I, Morris RG. Awareness in Alzheimer's disease and associated dementias: theoretical framework and clinical implications. *Aging Ment Health* 2011;15(8):936-44.
 21. World Health Organization. Palliative Care 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
 22. Downing GM. Questions & Answers (Q&A), Instructions & definitions for use of Palliative Performance Scale (PPSv2). [updated 2020 Jul 24, cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2020/08/PPSv2-QA-Instructions-and-Definitions-updated-July-2020.pdf>
 23. StataCorp LLC. Released 2013. Staff Stata Statistical Software, version 13. College Station, Texas State, USA: Stata Corp LLC; 2013.
 24. Freedman DA. On the so-called "Huber sandwich estimator" and "robust standard errors". *Am Stat* 2006;60(4):299-302.
 25. Chou W-C, Hung Y-S, Kao C-Y, Su P-J, Hsieh C-H, Chen J-S, et al. Impact of palliative care consultative service on disease awareness for patients with terminal cancer. *Support Care Cancer* 2013;21(7):1973-81.
 26. Mitchell G. Palliative care: a patient-centered approach. London, England: Radcliffe Publishing; 2008.
 27. Seow H, Bainbridge D. A review of the essential components of quality palliative care in the home. *J Palliat Med* 2018;21(S1):S37-44.
 28. Kübler-Ross E, Kessler D. On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York City, New York State: USA: Simon and Schuster; 2005.
 29. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care* 2010;16(2):61-5.
 30. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific report. International Symposium on People-Centred Health Care: Reorienting Health Systems in the 21st Century; 2007 Nov 25; Tokyo, Japan. [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207889>

31. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Human Soc* 2009;33(1-2):56-73.
32. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. 2006. [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>