

A Study of the Result from Palliative Care Program in Terminal Stage Patients, Bangpahan Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

Abstract

*Wipawee Ketwang, M.D.**

In this study, the results of palliative care program in terminal stage patients of Bangpahan Hospital were investigated by using descriptive retro-cohort design. The purposive sampling of 32 patients (20 males & 12 females) with terminal illness, whose Palliative Performance scale was $\leq 50\%$, was conducted from 2016, September 1st to 2018 February 28th in the palliative care clinic. The studied population was followed up from patient's registration until death.

Based on the results, we found that the mean age of the sampled population was 64.5 ± 13.7 years. The majority of the studied subjects were advanced stage cancer patients 87.5% (liver cancer 18.8%, lung cancer 12.5%, nasopharyngeal cancer 9.4%, cholangiocarcinoma 6.3%, pancreatic cancer 6.3%, esophageal cancer 6.3%, brain cancer 6.3%, breast cancer 6.3%, cervical cancer 3.1%, ovarian cancer 3.1%, colon cancer 3.1%, pyriform cancer 3.1% and Non-Hodgkin's lymphoma 3.1%), while only 12.5% were found to be non-cancer patients. The initial symptoms that led to the treatment in palliative program were fatigue (Mdn=7.5, IQR=5-8), anorexia (Mdn=6.5, IQR=4-8), pain (Mdn=6, IQR=3-8.8), dyspnea (Mdn=5, IQR=1.3-7.8), drowsiness (Mdn=4, IQR=1-5), and nausea (Mdn=2, IQR=0-4), respectively. After receiving interventions from the palliative care program, the post-treatment follow-up revealed significantly decreased severity of symptoms, including fatigue, pain, anorexia, dyspnea, and nausea ($p < 0.05$). Thirty-one patients (96.9%) died peacefully according to their advance care plans, while only one patient (3.1%) experienced unexpected death.

Hopefully, this research might be useful for end-stage care because the treatment procedure could significantly alleviate sufferings from the aforementioned symptoms and allow patients to conceivably die based on the self-caring plan.

Keywords: palliative care, terminal stage patient

*Bangpahan Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

วิภาวี เกตุวัง, พ.บ.*

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหันตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559-28 กุมภาพันธ์ 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 32 รายที่มี Palliative Performance scale (PPS) น้อยกว่า 50 โดยแบ่งเป็น เพศชาย 20 ราย และเพศหญิง 12 ราย

ข้อมูลส่วนทั่วไปของประชากรอายุเฉลี่ย 64.5 ± 13.7 ปี จากผู้ป่วยทั้งหมด 32 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งตับร้อยละ 18.8 มะเร็งปอดร้อยละ 12.5 มะเร็งหลังโพรงจมูกร้อยละ 9.4 มะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 6.3 มะเร็งตับอ่อนร้อยละ 6.3 มะเร็งหลอดอาหาร ร้อยละ 6.3 มะเร็งสมองร้อยละ 6.3 มะเร็งเต้านมร้อยละ 6.3 มะเร็งปากมดลูกร้อยละ 3.1 มะเร็งรังไข่ร้อยละ 3.1 มะเร็งลำไส้ร้อยละ 3.1 มะเร็งกล่องเสียงร้อยละ 3.1 และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองร้อยละ 3.1 และไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 พบว่าอาการนำมาสู่การรักษาจากการใช้เครื่องมือประคองและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) โดยประเมินค่ามัธยฐาน (Mdn) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) พบว่าอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรกคือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn=7.5, IQR=5-8) รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร (Mdn=6.5, IQR=4-8) อาการปวด (Mdn=6, IQR=3-8.8) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn=5, IQR=1.3-7.8) อาการง่วงซึม (Mdn=4, IQR=1-5) และลำดับสุดท้ายคืออาการคลื่นไส้ (Mdn=2, IQR=0-4) ตามลำดับ

หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้ารับการรักษาพบว่า อาการอ่อนเพลีย อาการปวด อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบอาการคลื่นไส้มีอาการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีเพียงอาการง่วงซึมที่ไม่มีความแตกต่าง และเมื่อรักษาจนกระทั่งเสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตอย่างสงบตามที่ผู้ป่วยวางแผนไว้จำนวน 31 รายคิดเป็นร้อยละ 96.9 มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่ได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่วางแผนไว้ คิดเป็น ร้อยละ 3.1

จากการวิจัยนี้มีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถลดอาการของความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายดีตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนดูแลรักษาตนเองไว้ล่วงหน้า แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องติดตามดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยหลักหรือครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วต่อไป

คำสำคัญ: รักษาแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

*โรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น จะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ เช่น ความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ดังนั้นจึงมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต⁽¹⁾ ในรูปแบบที่เหมาะสมในบริบทของสังคมไทย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึงการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ใหญ่และเด็ก รวมถึงครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึง การบริหารจัดการผู้ป่วยแบบประคับประคอง การบริหารจัดการเพื่อบรรเทาอาการ การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว⁽²⁾ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต⁽³⁾ ไม่เพียงลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย แต่เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้มีการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแพทย์เฉพาะทางหากเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือหากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการส่งตัวการรักษาจากที่อื่นจะมีแพทย์เจ้าของไข้ประเมิน โดย

มีหลักเกณฑ์ คือ เป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือโรคที่ดำเนินมาถึงจุดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ผ่านการรักษาแล้วก็ไม่ดีขึ้น มีการลุกลามของโรคและคาดว่าผู้ป่วยจะเหลือเวลาอีกไม่นาน หลังจากนั้นจะได้รับการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่าง Palliative Care team ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พยาบาล รพ.สต. เกษัชกร และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในการวางแผนการรักษา ตลอดจนวางแผนการเสียชีวิต (Advance care plan) หลังจากนั้นจะได้รับการประเมินอาการ Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS) เพื่อเข้าสู่การรักษาอาการรบกวนต่างๆ เมื่อได้รับการรักษาแล้วจะมีการประเมินการรักษาโดยเปรียบเทียบ ESAS ก่อนและหลังการรักษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการซึมเศร้า วิตกกังวล สบายดีทั้งกายและใจ จะไม่สามารถประเมินได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ตลอดจนติดตามไปจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตตามที่ได้อ้างไว้หรือไม่ หากเป็นไปตามที่วางแผนไว้ ก็จะถือว่าตายอย่างสงบ (Good death) โดยเริ่มตั้งแต่ 1 กันยายน ปี 2559 ดังนั้นจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อประเมินผลของการดูแล และนำไปพัฒนาการดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมานก่อนหลังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว เป็นส่วนเติมเต็มข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Palliative Performance scale (PPS)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งฉบับที่ใช้ในวิจัยนี้ คือ Palliative performance scale for adult Suandok⁽⁵⁾ โดยทดสอบครั้งแรก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นครั้งแรก (Intraclass Correlation Coefficient : ICC) ค่าความสอดคล้องคือ (Absolute agreement) คือ 0.911 (95% CI=0.86-0.96) และค่าความสัมพันธ์ (Consistency) คือ 0.92 (95% CI=0.87-0.96) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นครั้งที่สอง ค่าความสอดคล้องคือ (Absolute agreement) คือ 0.905 (95% CI=0.85-0.95) และค่าความสัมพันธ์ (Consistency) 0.912 (95% CI 0.86-0.96) และการทดสอบซ้ำในครั้งที่ 2 (Re-test phase) มีค่าเพิ่มขึ้นด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa score) คือ 0.55 ถือว่ามีความสอดคล้องระดับปานกลาง โดยสรุป คือ เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงตรงสูง (Validity) และมีความน่าเชื่อถือ ทั้งความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) และความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (Intra-rater reliability) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศ แคนาดา⁽⁶⁾

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Edmonton Symptoms

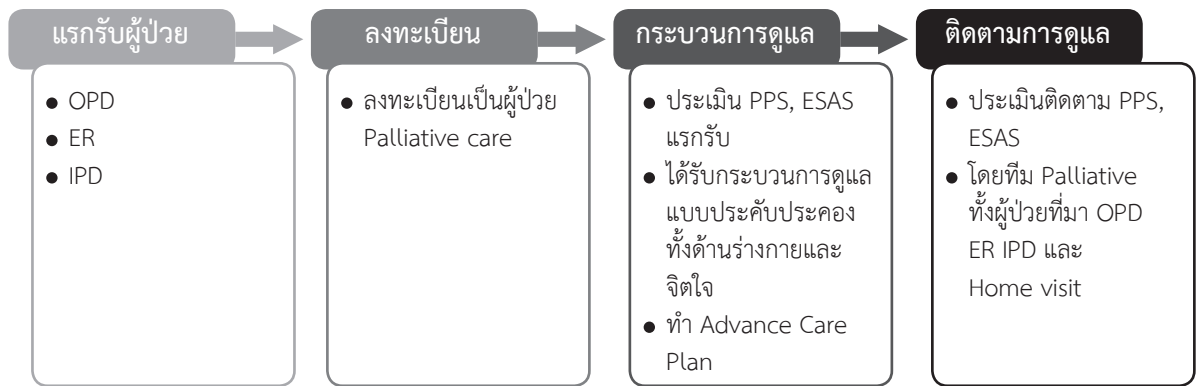
Assessment (ESAS)^(7,8) และแบบบันทึกการตายดี (Good death)^(6,9) ซึ่งจะติดตามไปจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตตามที่ได้วางไว้หรือไม่หากเป็นไปตามที่วางแผนไว้จะถือว่าตายอย่างสงบตามที่วางไว้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลำดับที่ 3/2561 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2561

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้การเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลบางปะหันในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการตรวจรับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (ER) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) โดยทุกจุดบริการจะมีการส่งข้อมูลมาลงทะเบียนผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจากทะเบียนผู้ป่วยนั้นจะเลือกเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีระดับ^(3,n) Palliative Performance scale (PPS) $\leq 50\%$ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นิ่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้เลย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น มีการลุกลามของโรค รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลง รู้สึกตัวดี ง่วงซึมหรืออาจมีสับสนได้ การคัดข้อมูลผู้ป่วยที่มี PPS $> 50\%$ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะยังสามารถดูแลตนเองได้มาก อาการรบกวนน้อย และยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลโดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 การประเมิน PPS จะบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มีการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วยซึ่งผู้บันทึกคือ Palliative Care team



แผนภูมิแสดงขั้นตอนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. จากนั้นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ข้างต้น จะได้รับการประเมินโดยใช้ ESAS (Edmonton Symptoms Assessment)⁽⁷⁾ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินหากยังสามารถประเมินได้ แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประเมินได้จะให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินแทน ซึ่งอาการซึมเศร้า วิตกกังวล สบายดีทั้งกายและใจ จะไม่สามารถประเมินได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ โดยมี Palliative Care team เป็นผู้ช่วยบันทึกในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ซึ่งจะนำมาวิเคราะห์อาการที่นำมาสู่การเข้ากระบวนการรักษา⁽⁷⁾ และใช้ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวด^(10,11) อาการเหนื่อย ด้วยยา Tramadol Morphine ทั้งในรูปแบบกินและฉีดใต้ผิวหนัง หรืออาการรบกวนด้านต่างๆ การให้คำปรึกษา การให้ยืมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น เช่น เตียง เครื่องกำเนิดออกซิเจน ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละรายจะบันทึกทุกครั้งที่ติดตามทุก 2-4 สัปดาห์ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการส่งต่อดูแล

หลังจากนั้นเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแล โดยศึกษาข้อมูลมาถึงระยะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ว่าได้ตายอย่างสงบ (Good death)^(6,9) ตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนไว้ตาม Advance Care Plan^(1,12) หรือไม่ตามรายละเอียดของหลัก 12 ประการของการตายดี คือ รู้ตัวว่ากำลังจะตายและเข้าใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น, สามารถควบคุมสภาวะหรือสิ่งที่เกิดขึ้นได้, ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีและมีความเป็นส่วนตัว, ได้รับการดูแลรักษาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน, ตัดสินใจได้ว่าต้องการเสียชีวิตที่ไหน (บ้านหรือที่อื่นๆ), เข้าถึงแหล่งข้อมูลและความช่วยเหลือด้านต่างๆ, ได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ, ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย, กำหนดได้ว่าประสงค์จะให้ใครอยู่ร่วมด้วยในระยะสุดท้ายรวมถึงตัวแทนในการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว, กำหนดความต้องการของตนเองได้หรือทำหนังสือแสดงเจตนา, มีเวลาที่จะกล่าวอำลาและสามารถควบคุมเวลาที่จะทำบางสิ่งได้, พร้อมทั้งจะไปเมื่อเวลานั้นมาถึงและไม่ยึดเยื้อ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจหรือการ

กระตุ้นหัวใจ การนำหลักการ Principles of a good death มาใช้เป็นรากฐานสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง จุดจบของชีวิตมีความสำคัญ ผู้คนได้รับการปฏิบัติอย่างไรในสัปดาห์วันหรือชั่วโมงสุดท้าย แนวทางที่นี้พัฒนาโดยกลุ่มองค์กรการกุศลของประเทศอังกฤษที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ (Age Concern) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองเสนอประเด็นเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญคือความสำเร็จของคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹³⁾

3. โดยงานวิจัยชิ้นนี้จะถือว่าผู้ป่วยตายดีต่อเมื่อบรรลุเป้าหมายอย่างน้อยจาก 10 ใน 12 ข้อ (ร้อยละ 80) โดยจะเก็บข้อมูลส่วนนี้โดยแบ่งลักษณะผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล กลุ่มที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจะประเมินโดยการสอบถามผู้ดูแลโดยตรง ในส่วนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านจะประเมินโดยการเยี่ยมบ้าน แต่หากผู้ป่วยไปเสียชีวิตในต่างจังหวัดจะใช้วิธีโทรศัพท์สอบถาม ซึ่งจะเป็นการวางแผนโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมกับแพทย์และพยาบาลของ Palliative care team ซึ่งจะได้เคยทำแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ไต่ถามก่อน และมีการบันทึกลงในเวชระเบียน แต่หากผู้ป่วยได้รับการทำแผนการดูแลล่วงหน้าจากที่อื่นมาแล้วจะไม่นับว่าเป็นผลลัพธ์ของโรงพยาบาลบางปะหัน

ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามการรักษาจะเป็นในรูปแบบการเยี่ยมบ้านหรือนัดติดตามอาการโดยเป็นผู้ป่วยนอกในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถมาได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถมาเองไม่ได้จะติดตามกับผู้ดูแลหลักมาตามนัดแทนได้ ไม่มีผู้ป่วยที่สูญหายย้ายที่อยู่ ส่งต่อ หรือขาดการรักษา

การเก็บข้อมูลย้อนหลังไปนั้น จะต้องได้รับการยินยอมจากญาติ ผู้ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ยินยอมให้นำข้อมูลเรื่องผลการรักษาของผู้ป่วยมาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษา

ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต และต้องการเคารพสิทธิของผู้เสียชีวิต โดยหลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังไปแล้วนั้น จะประมวลผลออกมาเป็นผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพื้นฐาน จำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์อาการหลักที่นำมาสู่การเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองประคับประคอง โดยใช้ Shapiro-Wilk W test ทดสอบการกระจายของข้อมูลในแต่ละอาการหาก Sig. of Shapiro-Wilk >0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จะใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่หากค่า Sig. of Shapiro-Wilk <0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จะใช้สถิติวิเคราะห์ Mean และ Interquartile Range ในการวิเคราะห์ข้อมูล
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้ Shapiro-Wilk W test ทดสอบการกระจายของข้อมูลในแต่ละอาการหาก Sig. of Shapiro-Wilk >0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จะใช้สถิติ dependent T-test หากค่า Sig. of Shapiro-Wilk <0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูล
4. วิเคราะห์ผลลัพธ์การเสียชีวิตอย่างสงบ (Good death) ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ใช้สถิติวิเคราะห์ จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

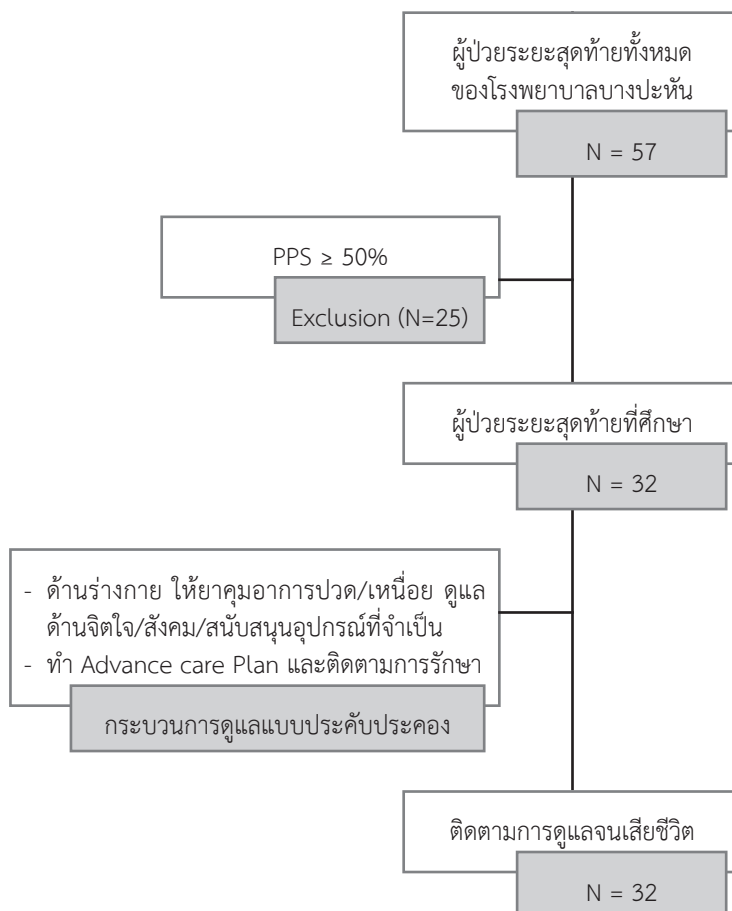
1. ลักษณะของประชากร

โรงพยาบาลบางปะหันมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2559 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2561 ทั้งหมดจำนวน 57 ราย ผู้ป่วยจำนวน 25 ราย ถูกคัดออกเนื่องจากมี PPS >50% เหลือผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 32 ราย

ในส่วนของคุณสมบัติทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย มีอายุเฉลี่ย 64.5 ปี (SD=13.7) ส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.5) ลักษณะของครอบครัวผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแล (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75) ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนมากต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 87.5) สถานภาพทางการเงินของผู้ป่วยส่วนใหญ่รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย (ร้อยละ 84.4)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี PPS 50% (ร้อยละ 50) รองลงมา คือ PPS 30% (ร้อยละ 25) PPS 40% (ร้อยละ 21.9) และ PPS 20% (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับ ไม่มีผู้ป่วยที่สูญหาย ย้ายที่อยู่ ส่งต่อ หรือขาดการรักษา



ข้อมูลโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง (ร้อยละ 87.5) ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งตับ (ร้อยละ 18.75) รองลงมาคือ มะเร็งปอด (ร้อยละ 12.5) มะเร็ง

หลังโพรงจมูก (ร้อยละ 9.4) มะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 6.3) มะเร็งตับอ่อน (ร้อยละ 6.3) มะเร็งหลอดอาหาร (ร้อยละ 6.3) มะเร็งสมอง (ร้อยละ 6.3) มะเร็งเต้านม

(ร้อยละ 6.3) มะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 3.1) มะเร็งรังไข่ (ร้อยละ 3.1) มะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 3.1) มะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ 3.1) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับ และที่เหลือคือผู้ป่วยที่ไม่ใช่

มะเร็งจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 12.5 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลจนเสียชีวิตค่ามัธยฐาน 17.5 วัน อยู่ในช่วงพัลส์ระหว่างควอลไทล์ 9-32.5 วัน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของประชากร

	ลักษณะที่ศึกษา	N(%)
อายุ (ปี) $\bar{x}$ (SD)	64.5 (13.7)	
เพศ	ชาย	20 (62.5)
	หญิง	12 (37.5)
สถานภาพ	โสด	7 (21.9)
	คู่	24 (75.0)
	หย่าร้าง	1 (3.1)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	28 (87.5)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	4 (12.5)
รายได้	เพียงพอรายจ่าย	27 (84.4)
	ไม่เพียงพอรายจ่าย	5 (15.6)
ครอบครัว	อยู่ลำพังคนเดียว	0 (0)
	มีผู้ดูแล	32(100)
โรคประจำตัว	Non-Cancer	4 (12.5)
	Cancer	28 (87.5)
	Hepatocellular carcinoma	6 (18.8)
	Lung Cancer	4 (12.5)
	Nasopharyngeal carcinoma	3 (9.4)
	Cholangiocarcinoma	2 (6.3)
	Pancreatic cancer	2 (6.3)
	Esophageal cancer	2 (6.3)
	Brain cancer	2 (6.3)
	Breast cancer	2 (6.3)
	Cervical cancer	1 (3.1)
	Ovarian cancer	1 (3.1)
	Colon cancer	1 (3.1)
	Pyriform cancer	1 (3.1)
	Lymphoma	1 (3.1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของประชากร (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา		N(%)
Palliative Performance scale	10	0 (0)
	20	1 (3.1)
	30	8 (25.0)
	40	7 (21.9)
	50	16 (50.0)
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลจนเสียชีวิต (วัน)		Median (IQR) 17.5 (9-32.5)

2. อาการรบกวนที่นำมาสู่การเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง

อาการรบกวนแรกรับจะถูกประเมินโดยผู้ดูแลร้อยละ 100 เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่สามารถสื่อสารได้ แต่ในบางรายที่ยังสามารถสื่อสารได้ก็จะมีอาการประเมินอาการโดยตรงจากผู้ป่วย แต่เมื่อมีการประเมินอาการซ้ำในครั้งที่สองหลังการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการรุกรามของโรคมามากขึ้นจนไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำในส่วนการประเมินอาการโดยผู้ดูแลมาประเมินเพื่อต้องการดูผลเปรียบเทียบหลังได้รับการรักษา ทั้งก่อนและหลังการรักษาจึง

ใช้การประเมินอาการโดยผู้ดูแลคนเดียวกัน โดยจะบันทึกเพียง 6 อาการ คือ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ซึ่งอาการซึมเศร้า วิตกกังวล สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สามารถประเมินได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ จึงจะไม่มีการบันทึกอาการรบกวนอื่นเนื่องจากเป็นการบันทึกโดยผู้ดูแลทั้ง 32 ราย ในการศึกษาจากการศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า จากการศึกษาค่า Sig. of Shapiro-Wilk < 0.05 แสดงว่าประชากรมีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ

ตาราง 2 ตารางแสดงการทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ค่า Sig. of Shapiro-Wilk ของผู้ป่วย

การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดย Shapiro-Wilk		
อาการรบกวน (ESAS)	ก่อนเข้ารับรักษา	หลังเข้ารับการรักษา
ปวด	0.027	0.000
อ่อนเพลีย	0.002	0.041
คลื่นไส้	0.001	0.000
ง่วงซึม	0.006	0.000
เบื่ออาหาร	0.048	0.033
เหนื่อยหอบ	0.011	0.002

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติค่ามัธยฐาน (Mdn) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) ในการแปลผลอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรกคือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn 7.5, IQR 5-8) รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร

(Mdn 6.5, IQR 4-8) อาการปวด (Mdn 6, IQR 3-8.8) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn 5, IQR 1.3-7.8) อาการง่วงซึม (Mdn 4, IQR 1-5) และลำดับสุดท้าย คือ อาการคลื่นไส้ (Mdn 2, IQR 0-4) ตามลำดับ

ตาราง 3 อาการแสดงของผู้ป่วยที่นำมาสู่การเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง

ลักษณะที่ศึกษา	Median (Interquartile Range)
อาการรบกวน	
ปวด	6 (3-8.8)
อ่อนเพลีย	7.5 (5-8)
คลื่นไส้	2 (0-4)
ง่วงซึม	4 (1-5)
เบื่ออาหาร	6.5 (4-8)
เหนื่อยหอบ	5 (1.3-7.8)

หมายเหตุ: อาการซึมเศร้า วิตกกังวล สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สามารถประเมินได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

3. เปรียบเทียบอาการรบกวนก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง

จากการศึกษาพบว่าประชากรมีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ Sig.of Shapiro-Wilk < 0.05 จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการระหว่างก่อนและหลังการรักษาโดยจะใช้ระยะเวลาวัดผลห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ (14 วัน) โดยจากการศึกษาพบว่าเวลาเฉลี่ยในการวัดผลคือ 11.4 วัน ($\bar{x}=11.4$, $SD=3.2$) โดยเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมี PPS ลดลงค่อนข้างมากและมีอาการลุกลามของโรคมก

ในช่วงเวลานี้ ซึ่งหลังจากเวลานี้ไปผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้

โดยจากการศึกษาพบว่าอาการที่เมื่อเข้ารับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นคือความเจ็บปวด ทุกทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญคือโดยค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) สูงที่สุดอาการอ่อนเพลีย 13.8 (Mdn=4, IQR=3-5) อาการปวด 12 (Mdn=2, IQR=2-3.8) อาการเบื่ออาหาร 11.9 (Mdn=4, IQR=2-5.5) อาการเหนื่อยหอบ 10.9 (Mdn=2, IQR=2-4) อาการคลื่นไส้ 7.5 (Mdn=1.5, IQR=0-2) และอาการที่ไม่มีความแตกต่างคืออาการง่วงซึม

ตาราง 4 เปรียบเทียบอาการรบกวนก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง

อาการรบกวน (ESAS)	Median (Interquartile Range)				Wilcoxon Signed-Rank test				Sig. (2tailed)
	Before		After		Negative (After>Before)		Positive (After<Before)		
					Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	
ปวด	6	(3-8.8)	2	(2-3.8)	0	0	12	50	0.00
อ่อนเพลีย	7.5	(5-8)	4	(3-5)	3.5	7	13.8	318	0.00
คลื่นไส้	2	(0-4)	1.5	(0-2)	0	0	7.5	105	0.00
ง่วงซึม	4	(1-5)	4	(1-5)	4.5	22.5	5.6	22.5	1.00
เบื่ออาหาร	6.5	(4-8)	4	(2-5.5)	13.5	13.5	11.9	262.5	0.00
เหนื่อยหอบ	5	(1.3-7.8)	2	(2-4)	3	3	10.9	207	0.00

หมายเหตุ: อาการซึมเศร้า วิตกกังวล สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สามารถประเมินได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

4. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่การเสียชีวิตอย่างสงบ

จากการศึกษาข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบตามที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ตาม Advance Care Plan และแบบบันทึกการตายดี (Good death)^(6,9) ที่มีการบันทึกลงในเวชระเบียน โดยผู้ป่วยจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 96.9) เสียชีวิตอย่างสงบตามที่วางแผนไว้ มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่วางแผนไว้ (ร้อยละ 3.1) โดยการประเมินนั้น

ยึดหลักจากการตายดี 12 ประการซึ่งจะประเมินจากตัวผู้ป่วยเองในขณะที่ยังสามารถสื่อสารได้ ร่วมกับในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายหรือไม่สามารถสื่อสารได้จะให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน โดยข้อมูลจะได้จากการสอบถามโดยทีมผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้วจะสอบถามโดยทีมในส่วนของ รพสต. หรือ ทีมเยี่ยมบ้านของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ตาราง 5 แสดงรายละเอียดในแต่ละประการของแบบประเมินการตายดีอย่างสงบ

หลัก 12 ประการของการตายดี	N (%)
1. รู้ตัวว่ากำลังจะตายและเข้าใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น	32 (100)
2. สามารถควบคุมสภาวะหรือสิ่งที่เกิดขึ้นได้	32 (100)
3. ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีและมีความเป็นส่วนตัว	32 (100)
4. ได้รับการดูแลรักษาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน	32 (100)
5. ตัดสินใจได้ว่าการเสียชีวิต ณ ที่ใด (บ้านหรือสถานที่ใดๆ)*	31 (96.9)

ตาราง 5 แสดงรายละเอียดในแต่ละประการของแบบประเมินการตายได้อย่างสงบ (ต่อ)

หลัก 12 ประการของการตายดี	N (%)
6. เข้าถึงแหล่งข้อมูลและความช่วยเหลือด้านต่างๆ	32 (100)
7. ได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	32 (100)
8. ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย	32 (100)
9. กำหนดได้ว่าประสงค์จะให้ใครอยู่ร่วมด้วยในระยะสุดท้ายหรือ ตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว	32 (100)
10. กำหนดความต้องการของตนเองได้หรือทำหนังสือแสดงเจตนา	32 (100)
11. มีเวลาที่จะกล่าวอำลาและสามารถควบคุมเวลาที่จะทำบางสิ่งได้	32 (100)
12. พร้อมที่จะไปเมื่อเวลานั้นมาถึงและไม่ยึดเยื้อ	32 (100)

หมายเหตุ *ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยทุกคนต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

ตาราง 6 แสดงผลลัพธ์โดยสรุปของการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ลักษณะที่ศึกษา	N (%)
ตายดี	31 (96.9)
ไม่ตายดี	1 (3.1)

วิจารณ์

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อมีการลุกลามของโรคมามากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ความเจ็บปวดทุกทรมานมีมากขึ้น จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการลดความทุกข์ทรมาน การศึกษานี้ใช้กระบวนการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽¹⁾ ทั้งกระบวนการดูแลด้านร่างกายและจิตใจโดยเป้าหมายของศึกษาเพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลบางปะหันจากการศึกษาพบว่าอาการนำสู่การรักษาที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ อาการง่วงซึม และลำดับสุดท้ายคืออาการคลื่นไส้ ตามลำดับ สามารถบ่งบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลบางปะหันด้วยอาการอ่อนเพลียนั้น อาจจะมีปัญหาสำคัญที่ซ่อนอยู่เพื่อรอการแก้ไข ซึ่งต่างการศึกษาของ Klepstad Ekiria เรื่อง Pain

and pain treatment in European palliative care units.⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาการที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง อาการอื่นส่วนใหญ่คืออ่อนแรง อ่อนเพลีย วิดกกังวล เบื่ออาหาร โดยปัจจัยที่ศึกษาต่างกันั้นตรงที่การศึกษานั้นมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะอาการปวดการบรรเทาอาการปวดด้วยยาต่างชนิดกันและเปรียบเทียบผล ซึ่งการวิจัยนี้จะดูแลทั้งด้านอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ส่วนการศึกษาของ Kikule EKiria เรื่อง A good death in Uganda⁽¹¹⁾ ซึ่งอาการหลักของผู้ป่วยที่มารักษาคืออาการปวดและคลื่นไส้ แต่การศึกษานี้พบว่าอาการหลักที่ผู้ป่วยมารักษา คืออาการอ่อนเพลีย และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองแล้ว จะมีการตามอาการหลังการรักษาพบว่าอาการรบกวนลดลง ยกเว้นอาการง่วงซึมที่ไม่แตกต่าง ปัจจัยที่แตกต่างกันของสภาวะทางสังคม การถูกทอดทิ้ง ความยากจนเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจ

ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นในการศึกษาก่อนหน้านี้ไม่ได้คัดเลือกประชากรที่เข้าร่วมวิจัยโดยกำหนดระดับ PPS ที่ชัดเจน

สรุป

การศึกษานี้มีการติดตามศึกษาจนผู้ป่วยเสียชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลท่าวังผา⁽¹⁵⁾ ที่เป็นการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสู่เครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เสียชีวิตอย่างสงบตาม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ตาม Advance Care Plan ปัจจัยที่เหมือนกันระหว่างทั้งสองการศึกษาคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่ได้มีการรักษาเฉพาะทางอื่นร่วมด้วย และติดตามผลของการดูแลรักษาไปจนถึงการตายดี แต่จะแตกต่างกันโดยจะวัดผลลัพธ์ของความรู้สึกพึงพอใจของการตายดี ปัจจัยที่ต่างกันคือระดับ PPS ที่ใช้เริ่มต้นการวิจัยและมีเพียงผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น การวิจัยนี้ไม่เพียงแต่วัดผลลัพธ์การตายดี แต่มีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการวัดความแตกต่างของอาการรบกวนซึ่งจะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของอาการนำสู่การรักษาที่ไม่ควรมองข้ามการวัดอาการก่อนและหลังเมื่อเข้ากระบวนการรักษาเพื่อประเมินกระบวนการว่ามีประโยชน์หรือต้องปรับปรุงด้านใดหรือไม่ และยังมีประโยชน์เพื่อนำไปหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ครบถ้วนทุกด้าน

2. จุดเด่นของการวิจัยชิ้นนี้คือ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกการวินิจฉัย ทั้งผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง มีการติดตามผลลัพธ์ไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต มีการศึกษาผลการดำเนินงานในชุมชนอย่างแท้จริง ช่วยทำให้เรารู้ถึงอาการนำ

ที่มาโรงพยาบาลว่าไม่ใช่เพียงอาการปวดหรืออาการเหนื่อยเป็นหลักเท่านั้น แต่อาการนำที่มากที่สุดของการศึกษาคั้งนี้คืออาการอ่อนเพลีย

3. หากต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดอาจศึกษาเกี่ยวกับประเด็นในการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ว่าสามารถมีกลวิธีใดๆ ที่จะสามารถทำให้บรรเทาอาการต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งอาจเป็นการรักษาโดยการให้ยาหรือด้านไม่ใช้ยากี้ได้

ข้อจำกัดการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นแบบ Descriptive retro-cohort study ใช้จำนวนผู้ป่วยจริงที่เข้ารับการรักษามีการสุ่มตัวอย่างทำให้มีข้อจำกัดในการควบคุมตัวอคติ และเนื่องจากเป็นวิจัยแบบย้อนหลังทำให้มีปัจจัยกวนมาก ได้แก่ แพทย์ผู้รักษา พยาบาล ผู้ดูแล ช่วงเวลาในการประเมินแต่ละครั้งมีความแตกต่างกันความสามารถของผู้ดูแล เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้บางเครื่องมือ เช่น ESAS ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ ไม่สามารถวัดได้ในทุกอาการ เนื่องจากบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามเองได้ ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ตอบแทนทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่สามารถสื่อสารได้ หรือในรายที่สื่อสารได้มีเพียงคะแนนก่อนการรักษา แต่ไม่มีคะแนนหลังการรักษาเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการลุกลามของโรคมามากแล้วไม่สามารถสื่อสารได้ในกลุ่มนี้จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้ ดังนั้นคะแนนส่วนนี้จึงมาจากผู้ดูแลแทน โดยการใช้คะแนนจากผู้ดูแลจะไม่ผลต่อความเที่ยงตรง (validity) ของ ESAS เนื่องจากผู้วิจัยใช้เฉพาะในส่วนของการที่กำหนดว่าผู้ดูแลสามารถให้คะแนนแทนได้ 6 อาการ

3. งานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลรายละเอียดในเรื่องการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ เช่น ชนิดของยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟินและยาเพื่อใช้บรรเทาอาการกลุ่มอื่น ขนาดที่ให้ และรูปแบบของการบริหารยา

นอกจากนั้นผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลการรักษาอื่นที่ไม่ใช่ยา เช่น เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีผู้ป่วยรายใดบ้างที่ได้รับการช่วยเหลือจากทีมดูแลด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น เตียงนอน ผู้ป่วย เตียงลม เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น อีกทั้งผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องความถี่ของการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลขึ้นที่บ้าน หรือกรณีที่คุณดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะหน้าได้และไม่สามารถติดต่อทีมได้ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจมีผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

4. เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดการตายที่ดีที่ได้รับการยอมรับเป็นสากล เครื่องมือ Good death หรือแบบบันทึกการตายอย่างสงบที่ผู้วิจัยนำหลักการ Principles of a good death 12 ประการ มาใช้เป็นเครื่องมือใช้วัดผลลัพธ์ของการตายดีในงานวิจัยชิ้นนี้ เป็นเพียงการนำเอาข้อสรุปจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญของประเทศอังกฤษในการบอกว่าการตายในลักษณะใดน่าจะเป็นการตายดี เพื่อเป็นกรอบในการวัดผลลัพธ์ของงานวิจัย ทั้งนี้มีข้อจำกัด คือ เครื่องมือนี้อย่างไรก็ตามงานวิจัยเฉพาะที่วัดค่าความเที่ยงตรง (validity) หรือค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) แต่เนื่องจากเป็นข้อสรุปจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ที่ยอมรับได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนั้นค่าจุดตัด (cut off value) ที่ผู้วิจัยกำหนดเองว่าหากเกิน 10 ใน 12 ข้อ ให้ถือว่าผู้ป่วยตายดี อาจจะได้มีงานวิจัยรองรับ หากแต่เมื่อดูหัวข้อย่อยจะพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดสามารถบรรลุเป้าหมายการดูแลที่ตั้งไว้ จึงอาจพิจารณาได้ว่าหากผู้ป่วยไม่ได้ผลลัพธ์สำเร็จทั้ง 12 ประการตามที่ตั้งไว้ ก็อาจจะไม่ได้แปลความ

ถึงการตายไม่ดี อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคิดว่าด้วยข้อจำกัดของเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการใช้เครื่องมือนี้เพื่อดูความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทำให้ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ
2. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การทำวิจัยเพิ่มเติมผู้วิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อลดอคติและตัวแปรกวน หรือวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อหาความแตกต่าง หรืออาจวิจัยในปริมาณพื้นที่ขนาดใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือในการวางแผนโครงการวิจัย และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กอบประชูลย์ ตยัคคานนท์ ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย นายแพทย์พงศกร อมรชัยชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะหัน คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่อนุมัติให้ทำวิจัยฉบับนี้ขึ้น แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลบางปะหัน รวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สายพิน หัตถิรัตน์. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง การดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกใกล้ตาย (Working with the dying). กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; ม.ป.ป.
3. ห่องสิน ตระกูลทิวาร. Quality end of life care. อนุสารมีดี 2550;7: หน้า 1-5.
4. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative3th>
5. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leutrakul S, et, al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliative Medicine. 2012 Dec;26(8):1034-41.doi:10.1177/0269216311424633. Epub 2011 Oct 12.
6. Sherry A. Greenberg, PhD. Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. Medical Care of the Dying, Victoria Hospice Society, 2006. 4th ed.; p.121.
7. กิตติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่างๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative2th>
8. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). Bruera E, MD version 1991.
9. รัตนา พันธุ์พานิช. GOOD DEATH การตายที่ดีคืออย่างไร. วารสารแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2555;27(3):16.
10. Hanks GW, De Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: The EAPC recommendations. British Journal of Cancer 2001;84:587-93. doi:10.1054/bjoc.2001.1680.
11. Kikule Ekiria. A good death in Uganda: survey of needs for palliative care for terminally ill people in urban areas. BMJ 2003;327(7408):192-4.
12. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, et al. What matters most in End of life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. Canadian Medical Association Journal 2006;174:627-33.doi:10.1503/cmaj.050626
13. Julia N. The Future of Health and Care of Older People: The Best of Older People. Age Concern England 1996;p.41-44.

14. Klepstad P, Kaasa S, Cherny N, Hanks G, De Conno F. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliative Medicine* 2005;19:477-84. doi:10.1191/0269216305pm1054oa
15. นงศ์รักษ์ สัจจานิจการ. ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน. น่าน: โรงพยาบาลท่าวันงา จังหวัดน่าน; 2555.
16. Richard S. A good death-An important aim for health services and for us all. *BMJ Clinical Research*; 320(7228):129-130 • 2000 Jan 15. doi: 10.1136/bmj.320.7228.129