

A study of the Result from Palliative Care Program in End Stage of Cancer Patients in Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province

*Piti Chakriyanuyok, M.D.**

Abstract

In this study, the results of palliative care program in end stage of cancer patients in Samphran Hospital were investigated by using descriptive retro-cohort design. The purposive sampling of 115 patients (62 females & 53 males) with end stage cancer, whose Palliative Performance scale was $\leq 50\%$, was conducted from 2020, September 1st to 2022 March 31st in the palliative care clinic. The studied population was followed up from patient's registration until death.

Based of the result, we found that most of age between 60-70 years old. Most of the studied subjects were advance stage lung cancer patients 24.3%, liver cancer 20%, breast cancer 11.3%. The initial symptoms using from research instruments are Edmoton Symptom Assessment System (ESAS) that led to the treatment in palliative program were Median (Mdn) and Interquartile (IQR) were fatigue (Mdn=8, IQR=5-9), pain (Mdn=7, IQR=4-8), dyspnea (Mdn=7, IQR=4-8), anorexia (Mdn=6.5, IQR=4-8), drowsiness (Mdn=4, IQR=1-5), nausea (Mdn=4, IQR=1-5), depression (Mdn=2, IQR=0-4), anxiety (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 dyspnea, pain, fatigue, anorexia, nausea, depress and insomnia ($p < 0.05$). One hundred and four patients (90.4%) access to strong opioids. One hundred and fourteen patients (99.1%) died peacefully according to their advance care plans, while only one patient (0.9%) experienced unexpected death.

Hopefully, this research might be useful for end-stage of cancer 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; end stage of cancer patient

*Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province

Received: January 11, 2023; Revised: March 26, 2023; Accepted: March 31, 2023

การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ปิติ ชาศรียนุโยค, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพรานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 115 รายที่มี Palliative Performance scale (PPS) น้อยกว่า 50 โดยแบ่งเป็น เพศชาย 53 ราย และเพศหญิง 62 ราย

ข้อมูลส่วนทั่วไปของประชากรส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-70 ปี จากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งหมด 115 ราย เป็นมะเร็งปอด จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.3 มะเร็งตับ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 มะเร็งเต้านม 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3 ราย พบว่า อาการนำมาสู่การรักษาจากการใช้เครื่องมือประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) โดยประเมินค่ามัธยฐาน (Mdn) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) พบว่าอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรก คือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn=8, IQR=5-9), รองลงมาคือ อาการปวด (Mdn=7, IQR=4-8), อาการเหนื่อยหอบ (Mdn=7, IQR=4-8), อาการเบื่ออาหาร (Mdn=6.5, IQR=4-8), อาการง่วงซึม (Mdn=4, IQR=1-5), อาการคลื่นไส้ (Mdn=4, IQR=1-5), ซึมเศร้า (Mdn=2, IQR=0-4), นอนไม่หลับ (Mdn=2, IQR=0-4) หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาพบว่า อาการอ่อนเพลีย อาการปวด อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบ อาการคลื่นไส้ ซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับมีอาการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีเพียงอาการง่วงซึมที่ไม่มีความแตกต่าง ผู้ป่วยมีการเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.4 และเมื่อรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตอย่างสงบตาม que ผู้ป่วยวางแผนไว้จำนวน 114 รายคิดเป็นร้อยละ 99.1 มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่ได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่วางแผนไว้ คิดเป็น ร้อยละ 0.9

จากการวิจัยนี้มีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถลดอาการของความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายดีตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนดูแลรักษาตนเองไว้ล่วงหน้า แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องติดตามดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยหลักหรือครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วต่อไป

คำสำคัญ : รักษาแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

*โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ได้รับต้นฉบับ: 11 มกราคม 2566; แก้ไขบทความ: 26 มีนาคม 2566; รับลงตีพิมพ์: 31 มีนาคม 2566

บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายนั้น จะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม ดังนั้นจึงมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต⁽¹⁾ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตองค์การอนามัยโลก หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ใหญ่และเด็ก รวมถึงครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว⁽²⁾ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแล ครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของระบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต⁽³⁾ ไม่เพียงลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย แต่เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สถิติประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในปี 2563 พบ 5 ลำดับแรก คือ เต้านม ตับ ปอด ลำไส้ และปากมดลูก⁽⁴⁾ ส่วนสาเหตุการตายโรคมะเร็งของจังหวัดนครปฐม ในปี 2562 3 อันดับแรก พบว่า มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม⁽⁵⁾ ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁶⁻⁸⁾ ในต่างประเทศ⁽⁹⁻¹¹⁾ และประเทศไทย

ได้มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการรักษาแบบประคับประคองควบคู่ไปกับการรักษามะเร็งที่มีการลุกลามเป็นระยะสุดท้ายมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹²⁻¹⁶⁾ ผู้วิจัยจึงได้มีการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยมีหลักเกณฑ์ คือ เป็นโรคมะเร็งที่รักษาไม่หายหรือโรคที่ดำเนินมาจนถึงจุดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ผ่านการรักษาแล้วก็ไม่ดีขึ้น มีการลุกลามของโรคและคาดว่าผู้ป่วยจะเหลือเวลาอีกไม่นาน หลังจากนั้นจะได้รับการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่าง Palliative Care team ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล รพ.สต. และทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในการวางแผนการรักษาดูแลจนวางแผนการเสียชีวิต (Advance care plan) หลังจากนั้นจะได้รับการประเมินอาการ Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS) เพื่อเข้าสู่การรักษาอาการรบกวนต่างๆ เมื่อได้รับการรักษาแล้วจะมีการประเมินการรักษา โดยเปรียบเทียบ ESAS ก่อนและหลังการรักษาตลอดจนติดตามไปถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตตามที่วางแผนไว้ ก็จะถือว่าตายอย่างสงบ (Good death) โดยเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 ดังนั้นจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อประเมินผลของการดูแลและนำไปพัฒนาการดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสามพราน

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมานก่อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสามพราน

2.2 เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวด (pain) และ/หรือหอบเหนื่อย (dyspnea) และยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสามพราน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นส่วนเติมเต็มข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Palliative Performance scale (PPS)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งฉบับที่ใช้ในวิจัยนี้คือ Palliative performance scale for adult

Suandok⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศ แคนาดา⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Edmonton Symptoms Assessment (ESAS)⁽²⁰⁾

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลในการใช้ยา กลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวด (pain) และ/หรือหอบเหนื่อย (dyspnea) และยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ยาที่ใช้นอกเหนือจากยาของโรงพยาบาลเป็นส่วนเติมเต็มข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวนการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม เลขที่ 2/2565 ลงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้การเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพราน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการตรวจรับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (ER) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) โดยทุกจุดบริการจะมีการส่งข้อมูลมาลงทะเบียนผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และจากทะเบียนผู้ป่วยนั้นจะเลือกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะสุดท้ายที่มี Palliative Performance scale (PPS) $\leq 50\%$ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นิ่งหรือนอน เป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้เลย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น มีการลุกลามของโรค รับประทานอาหารได้ ปกติหรือลดลง รู้สึกตัวดี ง่วงซึมหรืออาจมีสับสนได้ การคัดข้อมูลผู้ป่วยที่มี PPS $>50\%$ ออก เนื่องจาก

ผู้ป่วยเหล่านี้จะยังสามารถดูแลตนเองได้มาก อาการรบกวนน้อย และยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลโดยเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 การประเมิน PPS จะบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มีการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วย ซึ่งผู้บันทึก คือ สหวิชาชีพในทีม Palliative Care

แรกรับผู้ป่วย	ลงทะเบียน	กระบวนการดูแล	ติดตามการดูแล
<ul style="list-style-type: none"> OPD ER IPD 	<ul style="list-style-type: none"> ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย Palliative care 	<ul style="list-style-type: none"> ประเมิน PPS ESAS แรก ได้รับกระบวนการดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำ Advance Care Plan 	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินติดตาม PPS และ ESAS โดยทีม Palliative care ทั้งที่มา OPD ER IPD และ Home visit

แผนภูมิแสดงขั้นตอนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Palliative care system)

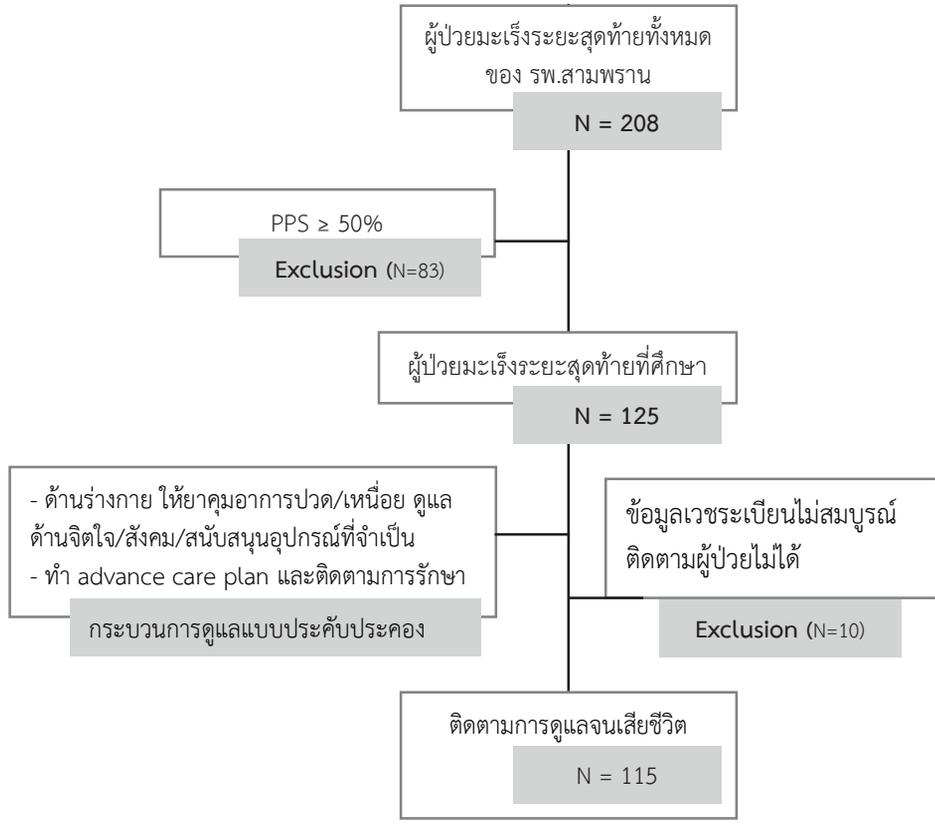
2. จากนั้นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ข้างต้น จะได้รับการประเมินโดยใช้ ESAS (Edmonton Symptoms Assessment)⁽²⁰⁾ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินหากยังสามารถประเมินได้ แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประเมินได้จะให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินแทน โดยมี Palliative Care team เป็นสหวิชาชีพผู้ช่วยบันทึกในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ซึ่งจะนำมาวิเคราะห์อาการที่นำมาสู่การเข้ากระบวนการรักษา⁽²⁰⁾ และใช้ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวดอาการเหนื่อยหรืออาการรบกวนด้านต่างๆ การให้คำปรึกษา การให้ยืมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น ตามอาการของผู้ป่วย

แต่ละราย จะบันทึกทุกครั้งติดตามทุกวันในกรณีผู้ป่วยในหรือ 1-2 สัปดาห์ในกรณีผู้ป่วยนอก หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการส่งต่อดูแล เปรียบเทียบ ESAS ก่อนและหลังการรักษาแบบประคับประคอง 1-2 สัปดาห์แล้วแต่อาการของผู้ป่วยในแต่ละรายหลังจากประเมินครั้งแรก เริ่มตั้งแต่รับปรึกษาเข้าคลินิกประคับประคอง มีการประเมิน ESAS จากการดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย โดยผู้ประเมินเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรในทีมเป็นผู้ประเมิน แล้วแต่สถานะผู้ป่วย

3. หลังจากนั้นเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลโดยศึกษาข้อมูลมาถึงระยะที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเสียชีวิต ว่าได้ตายอย่างสงบ (Good death) ตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนไว้ตาม Advance

Care Plan จะถือว่าผู้ป่วยตายดี เกณฑ์การระบุ ว่าผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบต้องมีการเสียชีวิตตาม แผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ ร้อยละ 100 ของ Advance Care Plan โดยจะ เก็บข้อมูลส่วนนี้โดยแบ่งลักษณะผู้ป่วยเป็นสอง กลุ่มคือกลุ่มที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล กลุ่มที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจะประเมิน โดยข้อมูลจากเวชระเบียน ในส่วนของผู้ป่วย ที่เสียชีวิตที่บ้านจะประเมินโดยการเยี่ยมบ้านของ พยาบาล Palliative ของ รพ.สต.หรือโทรศัพท์

สอบถามครอบครัวผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะเป็นการ วางแผนโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมกับแพทย์ และสหวิชาชีพของ Palliative care team ซึ่งจะ ไม่ได้เคยทำแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้มาก่อน และ มีการบันทึกลงในเวชระเบียน แต่หากผู้ป่วยได้รับการ ทำแผนการดูแลล่วงหน้าจากที่อื่นมาแล้วจะ ไม่นับว่าเป็นผลลัพธ์ของโรงพยาบาลสามารถ การเก็บข้อมูลจะต้องได้รับการยินยอมจากญาติ ผู้ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้าข้อมูลในเวชระเบียน ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือติดตามผู้ป่วยไม่ได้ในกรณี กลับบ้านตัดออกจากการศึกษา



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพื้นฐาน จำนวนและร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของอาการหลักที่นำมาสู่การเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลในแต่ละอาการจากกราฟ Histogram หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จะใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จะใช้สถิติวิเคราะห์ Median และ Interquartile Range ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเปรียบเทียบความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลในแต่ละอาการจากกราฟ Histogram ในแต่ละอาการมีข้อมูลการแจกแจงปกติ จะใช้สถิติ dependent T-test หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

4. วิเคราะห์อัตราผู้ป่วยที่มีการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวดและ/หรือหอบเหนื่อยและยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากร

โรงพยาบาลสามพรานมีผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 115 คน โดยทั่วไปเป็นเพศหญิง จำนวน 62 คน (ร้อยละ 73.50) โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี มากที่สุด จำนวน 37 คน (ร้อยละ 32.20) และมีอายุเฉลี่ยเป็น 68 ± 6.4 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 100 คน (ร้อยละ 87.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 108 คน (ร้อยละ 93.90) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลจำนวน 103 คน (ร้อยละ 89.60) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยจำนวน 54 คน (ร้อยละ 47.00) รองลงมา มีโรคประจำตัวร่วมด้วยมากกว่า 2 โรค จำนวน 31 คน (ร้อยละ 27.00) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 28 คน (ร้อยละ 24.30) รองลงมา มะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 20.00) รองลงมา เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 13 คน (ร้อยละ 11.30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการลุกลามไปยังอวัยวะปอดมากที่สุด จำนวน 59 คน (ร้อยละ 53.90) รองลงมา มีการลุกลามไปอวัยวะตับ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 12.20) มีการลุกลามไปยังสมอง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 25.20) และมีการลุกลามไปยังกระดูก จำนวน 10 คน (ร้อยละ 6.10) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีระยะเวลาการวินิจฉัยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 105 คน (ร้อยละ 91.30) ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีระดับและความสามารถในการดูแลตนเอง Palliative Performance scale (PPS) 10-20% จำนวน 57 คน (ร้อยละ 49.50) PPS 30-50% จำนวน 58 คน (ร้อยละ 50.50) โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ดูแลจนเสียชีวิต Median (IQR) 6.8 (3-9.2) วัน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=115)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	46.10
หญิง	62	53.90
อายุ (เฉลี่ย 68 ± 6.4 ปี)		
น้อยกว่า 60 ปีขึ้นไป	33	28.70
มากกว่า 60 ถึงเท่ากับ 70 ปี	37	32.20
มากกว่า 70 ถึงเท่ากับ 80 ปี	28	24.30
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	17	14.80
สถานภาพทางสมรส		
โสด	15	13.00
คู่	100	87.00
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	108	93.90
เบิกได้กรมบัญชีกลาง/องค์การส่วนท้องถิ่น	3	2.60
ประกันสังคม	4	3.50
ลักษณะครอบครัว		
มีผู้ดูแลผู้ป่วย	12	10.40
อยู่ลำพังคนเดียว	103	89.60
โรคประจำตัวร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	54	47.00
น้อยกว่า 2 โรค	30	26.00
มากกว่า 2 โรค	31	27.00
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งเต้านม	13	11.30
มะเร็งปอด	28	24.30
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	23	20.00
มะเร็งชนิดต่างๆ (ศีรษะและลำคอ, หลอดอาหาร	51	44.40
ปากมดลูก, ต่อมลูกหมาก, กระเพาะปัสสาวะ, สมอง		
รังไข่, กระเพาะอาหาร, ลำไส้ใหญ่และกระดุก)		

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=115)	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็งที่ลุกลาม		
มะเร็งปอด	59	53.90
มะเร็งตับ	14	12.20
มะเร็งสมอง	29	25.20
มะเร็งชนิดต่างๆ (กระดุก, ต่อม้ำเหลือง)	13	8.70
ระยะเวลาการวินิจฉัย		
น้อยกว่า 1 ปี	105	91.30
เท่ากับหรือมากกว่า 1 ปี	10	8.70
Palliative Performance scale (PPS)		
10-20 %	57	49.50
30-50 %	58	50.50

**2. อาการรบกวนที่นำมาสู่การเข้ารับ
รักษาแบบประคับประคอง (ESAS)**

อาการรบกวนแรกรับจะถูกประเมินโดยผู้ดูแลในกรณีผู้ป่วยบางคนไม่สามารถสื่อสารได้ แต่บางรายที่ยังสามารถสื่อสารได้ก็จะมีอาการประเมินอาการโดยตรงจากผู้ป่วย แต่เมื่อมีอาการลุกลามของโรคมามากขึ้นจนไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงนำในส่วนการประเมินเพื่อต้องการเปรียบเทียบหลังได้รับการรักษาทั้งก่อน

และหลังการรักษา จึงใช้การประเมินอาการโดยผู้ดูแลคนเดียวกัน โดยมีการบันทึกอาการรบกวน ได้แก่ ปวด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ซึมเศร้า วิดกกังวล สบายดีทั้งกายและใจ โดยมีการประเมิน ESAS จากตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนจากการศึกษาในระยะเวลาเบี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ค่า Kolmogorov < 0.05 แสดงว่า ประชากรมีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ

การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดย Kolmogorov

อาการรบกวน (ESAS)	ก่อนรับการรักษา	หลังรับการรักษา
ปวด	<0.001	<0.001
เหนื่อยหอบ	<0.001	<0.001
อ่อนเพลีย	<0.001	<0.001
คลื่นไส้	<0.001	<0.001
ง่วงซึม	<0.001	<0.001
เบื่ออาหาร	<0.001	<0.001
ซึมเศร้า	<0.001	<0.001
วิดกกังวล	<0.001	<0.001
สบายดีทั้งกายและใจ	<0.001	<0.001

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงใช้ค่ามัธยฐาน (Mdn) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ในการแปลผลอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรก คือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn 8, IQR 5-9) รองลงมา คือ อาการปวด (Mdn 7, IQR 4-8) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn 7, IQR 4-8) อาการเบื่ออาหาร (Mdn 6.5, IQR 4-8) สบายดีทั้งกายและใจ (Mdn 4, IQR 1-6) อาการ

คลื่นไส้ (Mdn 4, IQR 1-5) อาการง่วงซึม (Mdn 4, IQR 1-5) และลำดับสุดท้าย คือ อาการซึมเศร้า (Mdn 2, IQR 0-4) และอาการวิตกกังวล (Mdn 2, IQR 0-4) ตามลำดับ ข้อมูล ESAS ที่นำมาสู่การรักษาได้มาจากผู้ป่วย จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 72.17) ผู้ดูแล จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 19.13) และบุคลากร จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 8.70) ประเมินดังตาราง 2

ตาราง 2 ตารางแสดงอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษาแบบประคับประคอง

อาการรบกวน (ESAS)	Median (Interquartile Range)
ปวด	7 (4-8)
เหนื่อยหอบ	7 (4-8)
อ่อนเพลีย	8 (5-9)
คลื่นไส้	4 (1-5)
ง่วงซึม	4 (1-5)
เบื่ออาหาร	6.5 (4-8)
ซึมเศร้า	2 (0-4)
วิตกกังวล	2 (0-4)
สบายดีทั้งกายและใจ	4 (1-6)

3. เปรียบเทียบอาการความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากการศึกษาพบว่าประชากรมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ ค่า Kolmogorov < 0.05 จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความเจ็บปวดทุกข์ทรมานระหว่างก่อนและหลังการรักษาโดยจะใช้ระยะเวลาวัดผลห่างกันประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยจากการศึกษาพบว่าเวลาเฉลี่ยในการวัดผล

คือ 6.8 วัน \pm 2.4 วัน โดยเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมี PPS ลดลงค่อนข้างมากและมีอาการลุกลามของโรคมามากในช่วงนี้ ซึ่งหลังจากเวลานี้ไปผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ ข้อมูล ESAS หลังการรักษาได้มาจากผู้ป่วย จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 31.30) ผู้ดูแล จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 50.43) และบุคลากร จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 18.27) การศึกษาพบว่า อาการรบกวนเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองแล้วมีอาการดีขึ้น คือ อาการเหนื่อยหอบ 53.0 (Mdn 2, IQR 2-4) รองลงมา อาการปวด 51.5 (Mdn 1, IQR 1-4) อาการอ่อนเพลีย 50.3 (Mdn 4, IQR 3-5) อาการ

เบื่ออาหาร 32 (Mdn 4, IQR 2-5) อาการคลื่นไส้ IQR 1-5) สบายดีทั้งกายและใจ 20 (Mdn 6, IQR 26.6 (Mdn 1.5, IQR 0-2) อาการซึมเศร้า 26 2-8) มีค่า $p < 0.05$ และไม่มี ความแตกต่างกัน คือ (Mdn 0, IQR 0-2) อาการวิตกกังวล 22 (Mdn 0, อาการร่งงซึม ดังตาราง 3

ตาราง 3 ตารางแสดงอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษาแบบประคับประคอง

อาการรบกวน ESAS	Median (Interquartile Range)		Wilcoxon Signed-Rank test				Sig. (2 tailed)
	Before	After	Negative (After > Before)		Positive (After < Before)		
			Mean	Mean	Mean	Mean	
			Rank	Rank	Rank	Rank	
ปวด	7 (4-8)	2 (1-4)	0	0	51.5	5253	<0.001
เหนื่อยหอบ	7 (4-8)	2 (2-4)	12	12	53.0	5659	<0.001
อ่อนเพลีย	8 (5-9)	4 (3-5)	11.5	11.5	50.3	5695.5	<0.001
คลื่นไส้	4 (1-5)	1.5 (0-2)	8.5	25.5	26.6	1300.5	<0.001
ง่วงซึม	4 (1-5)	4 (1-5)	32	17.84	12	24	1.000
เบื่ออาหาร	6.5 (4-8)	4 (2-5)	13.5	13.5	32	1932	<0.001
ซึมเศร้า	2 (0-4)	0 (0-2)	54	1520.5	1	19.5	<0.001
วิตกกังวล	2 (0-4)	0 (0-2)	40.5	3240	8.5	25.5	<0.001
สบายดีทั้งกายและใจ	4 (1-6)	6 (2-8)	12	1	20	1086	<0.001

4. ข้อมูลยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

พบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยมากที่สุด 3 ลำดับ ลำดับแรกคือ ยาในกลุ่ม opioids แบ่งเป็น morphine syrup จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 77.4) ที่มีการใช้เป็นลำดับแรก เพราะเริ่มตอนขนาดที่ผู้ป่วยยังรับประทานได้แล้วค่อยรวบขนาดยาเป็น around the clock รองลงมา morphine injection จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 64.3) โดยมีวัตถุประสงค์ในการจ่ายยา คือ บรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย

และบรรเทาอาการหอบเหนื่อยจากการลุกลามไปปอด โดยมีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้ opioids ในการลดอาการหอบเหนื่อย ลำดับที่ 2 คือ ยาในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ lorazepam จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 62.4) เพื่อลดอาการหอบเหนื่อยคลายกังวล นอนไม่หลับ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารแบบอมใต้ลิ้นในภาวะหอบเหนื่อย หายใจลำบากหรือรับประทานในการคลายกังวล ช่วยในการนอนหลับ ลำดับ 3 ยาระบาย ได้แก่ senna จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 58.3) ช่วยป้องกันการท้องผูกจากการรับประทานยาในกลุ่ม opioids และ lactulose จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 20) สำหรับยาอื่น ๆ ที่มีการจ่ายในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะ

สุดท้าย ได้แก่ ยา paracetamol จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 10.4) เพื่อบรรเทาปวดระดับน้อย (mild pain) และยา morphine 20 mg จำนวน 18 ราย ใช้บรรเทาปวดในกรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร (NG tube) หรือรับประทานเม็ด Morphine sustain release ไม่ได้ด้วยวิธีการกลืนยา (ร้อยละ 15.7) ส่วนยา fentanyl patch มีการได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 8.7) ยา gabapentin จำนวน 16 ราย บรรเทาอาการปวดแบบ neuropathic pain หรือ restless leg syndrome (ร้อยละ 13.9) ยากลุ่ม tricyclic antidepressant คือ amitriptyline จำนวน 3 ราย ในการบรรเทาอาการปวดเป็น adjuvant therapy คิดเป็นร้อยละ 2.6 ยากลุ่มระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยา domperidone จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 30.4) ยา simethicone จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 15.7) ยา omeprazole จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.7) ยากลุ่มจิตเวช บรรเทาอาการทาง neurological syndrome ไม่ว่าจะ เป็นภาวะ delirium หรือ restlessness หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ได้แก่ risperidone haloperidol quetiapine จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 13.9) ยา dexamethasone จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 9.6) เพื่อรักษาภาวะ respiratory symptom ในกรณีที่มีการอุดตันของหลอดลมจาก tumor, lymphangitis, SVC obstruction หรือ bone pain หรือ seizure ใน brain metastasis และยา atropine eye drop จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.6) เพื่อช่วยลดสารคัดหลั่งในผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้าสู่ระยะท้ายใกล้เสียชีวิตแล้ว (Terminal airway secretion หรือ Death rattle) ที่มีเสียง

หายใจครืดคราดได้

5. จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่การเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายบางราย ได้รับยา strong opioids มากกว่า 1 ขนาน ในการบรรเทาอาการปวดแบบ around the clock และแบบออกฤทธิ์สั้นมารักษาอาการปวดแบบ breakthrough pain คิดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม strong opioids เท่ากับ 104 ราย (ร้อยละ 90.4)

6. แสดงจำนวนและร้อยละการเสียชีวิตอย่างสงบ (good death) ตามที่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าและสถานที่เสียชีวิตอย่างสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับในการดูแลรักษาแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีการเสียชีวิตอย่างสงบ (good death) ตามการวางแผนล่วงหน้าไว้ จำนวน 114 ราย (ร้อยละ 99.1) ส่วนผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิตแบบที่ไม่ได้เป็นไปตามการวางแผนล่วงหน้าไว้ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9) เนื่องจากมีการใส่ท่อหายใจไม่เป็นไปตาม Advance Care Plan ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลหลังจากมีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 58.3) และเสียชีวิตที่บ้าน จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 41.7)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสามพราน ซึ่งสอดคล้องการศึกษา

ทั้งในไทยและในต่างประเทศ ได้แก่ Journal of the National Comprehensive Cancer Network Journal of the National Comprehensive Cancer Network⁽⁹⁾ ได้ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถลดความทรมานจากอาการที่ผู้ป่วยเป็นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลเพิ่มคุณภาพชีวิต สามารถจัดการด้านอารมณ์ มีการวางแผนชีวิตล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี ซึ่งแพทย์ผู้รักษามะเร็งจะพิจารณาให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองไปด้วยกัน และการศึกษาของ Kathy E และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยที่กลับไปรักษาที่บ้านไม่พบความปวดระดับรุนแรง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาเลือกสถานที่รักษาเอง นอกจากนี้ยังมีการวิจัยของ Emily S⁽¹¹⁾ และภควีร์ นาคะวีโร⁽¹²⁾ พบว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่รบกวนผู้ป่วยลดความหงุดหงิดและความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว

จากวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเริ่มการดูแลแบบประคับประคองและเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมานก่อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า อาการรบกวนเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองแล้วส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธนาธิษฐ์ เมธีพิศิษฐ์⁽¹⁴⁾ พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร

ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงก่อนการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกอาการ ($p=0.000$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี เกตุวัง⁽¹⁵⁾ พบว่าหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้ารับการรักษา พบว่า อาการอ่อนเพลีย อาการปวด อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบอาการคลื่นไส้มีอาการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีเพียงอาการง่วงซึมที่ไม่มีความแตกต่าง และเมื่อรักษากันกระทั่งเสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตอย่างสงบตามผู้ป่วยวางแผนไว้จำนวน 31 รายคิดเป็นร้อยละ 96.9 มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่ได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่วางแผนไว้ คิดเป็น ร้อยละ 3.1 สามารถลดอาการของความทุกข์ทรมานและช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าร่วมศึกษา

ในส่วนของการรักษาด้วยยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองและอัตราของผู้ป่วยที่การเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองตามการประเมินอาการ ESAS ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ในการศึกษาี้ผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่ม strong opioids ร้อยละ 90.4 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายของร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข⁽²¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ศุภชัย แพงคำไหล และพีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์⁽²²⁾ เรื่องการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยา กลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids น้อยลง และอีกการศึกษา เป็นของทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์และจันทรัตน์ สิทธิวรรณ⁽²³⁾ พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานยา แก้วปวดกลุ่ม opioids ตามแพทย์สั่งมากขึ้น ก็จะทำให้คุณอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น อาการทางกาย ที่รบกวนคุณภาพชีวิตบรรเทาลง ทำให้มิติ ความผาสุกด้านร่างกายดีขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายได้รับในการดูแลรักษาแบบประคับ ประคองส่วนใหญ่มีการเสียชีวิตอย่างสงบ (good death) ตามการวางแผนล่วงหน้าไว้ ส่วนใหญ่ เสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยสอดคล้องกับการ ศึกษาของวิภาวี เกตุวัง⁽¹⁵⁾ และ ชโลธร ชาวบ้าน กร่าง⁽¹⁶⁾ พบว่าการส่งปรึกษาแผนดูแลแบบประ คับประคอง ทำให้ผู้ป่วยได้ทำ Advance care plan มากกว่า และใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วย ที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเห็นว่าการวางแผนล่วงหน้ามีประโยชน์ต่อผู้ ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการที่ทีมผู้ดูแลรักษาแบบ ประคับประคองจะช่วยลดอาการของความทุกข์ ทรมานและช่วยทำให้ผู้ป่วยได้ตายดีตามที่ผู้ป่วยได้ วางแผนดูแลการรักษาตนเองไว้ล่วงหน้าได้

สรุป

การศึกษามูลของการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะบรรลุ

เป้าหมายตามที่วางไว้ตาม Advance Care Plan จุดเด่นของการวิจัยนี้คือ เป็นการศึกษาในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในทุกการวินิจฉัย มีการ ติดตามผลลัพธ์ไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต อาการที่นำ มาโรงพยาบาลไม่ใช่เพียงอาการปวดหรืออาการ เหนื่อยเป็นหลักเท่านั้น แต่อาการนำมากที่สุด ของการศึกษาคั้งนี้คือ อาการอ่อนเพลีย มีการ เปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมานก่อน หลังการดูแลรักษาตลอดจนศึกษาเกี่ยวกับประเด็น ในการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ การเข้าถึงยา กลุ่ม strong opioids และยาบรรเทาอาการ รบกวนต่างๆ ซึ่งจะมีต่อยอดการวิจัยต่อไปถึง ผลของการจัดการความปวดและอาการรบกวน ต่างๆ ด้วยวิธีการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ซึ่ง จะมีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาแบบ ย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ใช้จำนวนผู้ป่วยจริงที่เข้ารับการรักษาไม่มีการสุ่ม ตัวอย่างทำให้มีข้อจำกัดในการควบคุมตัวอคติและ เนื่องจากเป็นวิจัยแบบย้อนหลัง ทำให้มีปัจจัยกวน มาก ได้แก่ แพทย์ผู้รักษา พยาบาล ผู้ดูแล ช่วง เวลาในการประเมินแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน ความสามารถของผู้ดูแล เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้บางเครื่องมือ เช่น ESAS ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ ไม่สามารถวัดได้ ในทุกอาการ เนื่องจากบางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถ ตอบคำถามเองได้ ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ตอบแทน ทั้งหมด

3. งานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลรายละเอียดในเรื่องการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ เช่น ชนิดของยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนและยาเพื่อใช้บรรเทาอาการกลุ่มอื่น ขนาดที่ให้ และรูปแบบของการบริหารยา แต่ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลการรักษาอื่นที่ไม่ใช่ยา เช่น เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีผู้ป่วยรายใดบ้างที่ได้รับการช่วยเหลือจากทีมดูแลด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น เตียงนอน ผู้ป่วย เตียงลม เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น อีกทั้งผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องความถี่ของการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลขึ้น ที่บ้าน หรือกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหา เฉพาะหน้าได้และไม่สามารถติดต่อทีมได้ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจมีผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

4. เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดการตายดีที่ได้รับการยอมรับเป็นสากล เครื่องมือ Good death ในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากการที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามที่ผู้ป่วยละญาติได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (advance care plan) เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทำให้ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สามารถนำไปใช้ในการ

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การทำวิจัยเพิ่มเติมผู้วิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อลดอคติและตัวแปรกวนหรือวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อหาความแตกต่างหรืออาจวิจัยในปริมาณพื้นที่ขนาดใหญ่

3. อาจมีการขยายศึกษาไปยังผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ นพ.ยุทธกรานต์ ชินโสทร พญ.นุชนารถ โตเหมือน พว.น้ำทิพย์ วิจิรมลลา และ ดร.อนงค์ อรุณรุ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้คุณวุฒิ รศ.พญ.บุษยามาส ชิวสกุลยง พญ.ดาริน จตุรภัทรพร ในการขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ นายแพทย์ทินกร ชื่นชม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพราน คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่อนุมัติให้ทำวิจัยฉบับนี้ รวมถึงขอบคุณถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์สกุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
3. ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal care) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/palliative/article/09may2017-0953>
4. The Global Cancer Observatory. สถิติมะเร็งในประเทศไทยปี 2020 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://givemeref.in.th/916/thailand-statistics-globocan-2020/>
5. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. สถานะสุขภาพแผนยุทธศาสตร์การสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม; ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:<http://npho.moph.go.th/weboffice/frontend/web/index.php?>
6. กิติพล นาควิโรจน์. หลักการของ Palliative care [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th>
7. World Health Organization. Cancer control World Health Organization, cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmers: palliative care. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 11]. Available: www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์): การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. Zeppetella G. Evidence-based treatment of cancer-related breakthrough pain with opioids. J Natl Compr Canc Netw 2013;11(Suppl 1):S37-43.
10. Eagar K, Clapham SP, Allingham SF. Palliative care is effective: but hospital symptom outcomes superior. BMJ Support Palliat Care 2020;10(2):186-90.

11. Collins ES, Witt J, Bausewein C, Daveson BA, Higginson IJ, Murtagh FEM. A systematic review of the use of the palliative care outcome scale and the support team assessment schedule in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2015;50(6):842-53.
12. ภักวีร์ นาคะวิโร. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2560;7(1):11-23.
13. นงศรีรักษ์ สัจจานิจการ. ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน. นาน : โรงพยาบาลท่าม่วง; 2555.
14. ภัทรานิษฐ์ เมธิพิศิษฐ์, อาภาพร วงษ์นามพรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงษ์. ผลลัพธ์และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลูกกลม. *วารสารพยาบาลกรุงเทพ* 2561;41(1):75-83.
15. วิภาวี เกตุวัง. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2562;9(2):151-64.
16. ชโลธร ชาวบ้านกร่าง. การศึกษาลักษณะผู้ป่วยประคับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2564;4(3):119-27.
17. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative3th>.
18. 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). *Palliat Med* 2012;26(8):1034-41.
19. Cleary TA. The Palliative performance scale (PPSv2) version 2. *Medical Care of the Dying*. Victoria Hospice Society 2006;4:121.
20. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011;42(6):954-60.
21. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ปีงบประมาณ 2566: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1602>

22. ศุภชัย แพงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(1):876-86.
23. ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์, จันทรรัตน์ สิทธิวรรณันท์. การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. ไทยโภชนาการ 2565;17(2):1-21.