

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลลำปาง

พรวิภา ปันทะ พ.บ.*, วรารัตน์ ทาทายู พ.บ.*, วิน เทศะเคหะกิจ พ.บ., ประด.*, ปราธนา ปันทะ พ.บ.,
ณภัทร เพชรกัมปี พ.บ.*, นายพีรวิชญ์ อะทะเสน**, นายภาสกร ไชยวงศ์**
และนางสาวกัญญารัตน์ แก้วบุญเรือง**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจหลักของการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลลำปาง

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากแบบบันทึกของทีมนักวิชาการแบบประคับประคอง ร่วมกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่กันยายน 2563 ถึง สิงหาคม 2564 ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว คะแนน Palliative performance scale (PPS) การรับรู้เรื่องตัวโรคของผู้ป่วย การรับรู้พยากรณ์โรคของผู้ป่วย การรับรู้เป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย การยินยอมรับการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการปั๊มหัวใจ การได้รับยาบรรเทาอาการ ผลการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life, HRQoL) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคุณลักษณะของผู้ป่วยกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ independent-samples t-test และ Analysis of Variance (ANOVA) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์พหุคูณถดถอยเชิงเส้น (multiple linear regression analysis)

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 128 ราย เป็นเพศชาย 71 ราย (ร้อยละ 55.47) และเป็นผู้มีอายุ 71 ปีขึ้นไปมากที่สุดจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 44.53) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรัง จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 75.78) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การรับรู้พยากรณ์โรค, การได้รับยาบรรเทาอาการ และคะแนน PPS ที่เพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค การให้มอร์ฟีนในผู้ป่วยที่มีอาการรบกวน และการดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะทางร่างกายที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ EQ-5D-5L การรักษาแบบประคับประคอง

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

**นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลลำปาง

Corresponding Author: Wararat Thatayu E-mail: mintwararatt@gmail.com

Received: 23 August 2023

Revised: 6 October 2023

Accepted: 25 December 2023

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PALLIATIVE CARE PATIENTS AT LAMPANG HOSPITAL

Phornwipa Panta, M.D.*, Wararat Thatayu, M.D.*, Win Techakehakij, M.D. Ph.D*,
Pradthana Panta, M.D.*, Napat Phetkub, M.D.*, Peerawich Athasen**,
Passakorn chaiwong** and Kanyarat Kaeobunrueang**

ABSTRACT

BACKGROUND: The quality of life of patients is the core palliative care. Therefore, knowing the factors associated with health-related quality of life will help to improve the quality of care for end-of-life patients to have a better quality of life.

OBJECTIVE: To examine factors associated with health-related quality of life (HRQoL) in palliative care patients at Lampang hospital.

METHODS: This study was a retrospective. Data, including gender, age, history of cancer, Palliative Performance Scale (PPS) score, patients' perception about their diseases, patients' perception about their prognosis, patients' perception about the treatment goal, cardiopulmonary resuscitation acceptance, morphine use, and patients' HRQoL data using the EQ-5D-5L (Thai version), were collected from palliative care team's records and electronic medical records of Lampang Hospital from September 2020 to August 2021. To analyze the associations between patient characteristics and HRQoL, independent-samples t-test and Analysis of Variance (ANOVA) were used. Multiple linear regression analysis was employed to examine the factors affecting HRQoL.

RESULTS: The total patients were 128 patients, of which 71 (55.47%) were men and 57 (44.53%) were 71 years old or above. Most of the patients were cancer patients, with 97 patients (75.78%). Results showed that perception about their prognosis, morphine use, and the higher PPS score were associated with increased HRQoL.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Promoting patient perception of prognosis, providing morphine to patients with disturbed symptoms, and supporting patients to increase their physical capacity to help themselves as much as possible will help patients improve their health-related quality of life.

KEYWORDS: Health-related quality of life, EQ-5D-5L, Palliative care

*Department of Social Medicine, Lampang Hospital

** Medical student, Lampang Medical Educational Center, Lampang Hospital

Corresponding Author: Wararat Thatayu E-mail: mintwararatt@gmail.com

Received: 23 August 2023

Revised: 6 October 2023

Accepted: 25 December 2023

ความเป็นมา

องค์การอนามัยโลกได้นิยามการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การป้องกันและบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมาย คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ซึ่งการรักษาควรเริ่มรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย¹

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยทั่วโลกที่ต้องการรับการดูแลรักษาแบบประคับประคองในระยะท้าย (palliative care) เพิ่มขึ้นถึง 57 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ (incidence) ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) ในระยะสุดท้าย (end stage) เนื่องจากร้อยละ 70.00 ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นผู้ป่วยในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ สำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่การเจ็บป่วยและเสียชีวิต มักจะเกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากเช่นเดียวกับสถิติทั่วโลก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น² นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีแนวโน้มของอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มากขึ้น³ ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวล้วนมีระยะการก่อโรคนาน และในระยะท้ายไม่สามารถรักษาให้หายได้ การปรับปรุงและพัฒนาการดูแลรักษาแบบประคับประคองจึงอาจช่วยให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือ ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล⁴ ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life, HRQoL) คือ ระดับของการเป็นอยู่ที่ดีและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการรักษา⁵ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวัด HRQoL ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 แบบใหญ่ ๆ ได้แก่ (1) การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบทั่วไป ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกโรค

เช่น Short Form Health Survey (SF-36), WHOQOL และ EQ-5D เป็นต้น (2) การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเฉพาะเจาะจง ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Diabetes Quality of Life (DQOL) และ European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (EORTC QLQ-C30) เป็นต้น⁶ สำหรับการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน EQ-5D ในการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินสุขภาพได้หลายมิติ สามารถใช้กับผู้ป่วยได้หลากหลายโรค ผู้ป่วยสามารถตอบแบบประเมินด้วยตนเองได้ และใช้เวลา ไม่นานอย่างไรก็ตามแบบประเมิน EQ-5D ประกอบด้วย 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ EQ-5D-3L และ EQ-5D-5L โดยพบว่า EQ-5D-5L มีความแม่นยำมากกว่าเมื่อเทียบกับ EQ-5D-3L⁷ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ การมีผู้ดูแลผู้ป่วยระดับคะแนน PPS ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนในครอบครัว เป็นต้น⁸⁻¹⁰

โรงพยาบาลลำปางได้มีการจัดทีมดูแลแบบประคับประคองเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับตัวโรคจนถึงแนวทางการรักษา ตลอดจนการร่วมกำหนดเป้าหมายและให้การรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง กระนั้น ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติแยกตามช่วงคะแนน Palliative performance scale (PPS)

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยทีมดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลลำปาง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยทีมดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลลำปาง ในช่วงปี 2563-2564

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เข้าสู่วิจัยการศึกษาตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว แต่ไม่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life, HRQoL) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย¹¹

ตัวแปร

การศึกษานี้เก็บตัวแปรร่วมอันรวมถึง ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ (ชาย/หญิง) อายุ ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า/มัธยมศึกษา/ปริญญาตรีหรือสูงกว่า) สถานภาพสมรส (แต่งงาน/ไม่ได้แต่งงาน) อาชีพ สิทธิการรักษา (สิทธิหลักประกันสุขภาพ/สิทธิประกันสังคม/สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ) นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังรวบรวมข้อมูลการรักษาแบบประคับประคองเบื้องต้น ได้แก่ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (มะเร็ง/ไม่ใช่มะเร็ง) โรคร่วมอื่น (มี/ไม่มี) คะแนน Palliative performance scale¹⁵ (PPS : มีค่า 0%, 10%, 20%,..., 100%) ซึ่งเป็นระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วย โดยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การกินอาหาร ระดับความรู้สึกตัว โดยผลการประเมินแบ่งเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS score $\geq 80\%$) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS score 0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (PPS score 40-70%) ซึ่งแต่ละ

กลุ่มมีแนวทางการดูแลที่แตกต่างกัน การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับตัวโรค พยากรณ์โรคและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยการวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การยินยอมรับการปั๊มหัวใจ การยินยอมรับยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ การยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และการได้รับยามอร์ฟิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกของทีมรักษาแบบประคับประคอง ร่วมกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่กันยายน 2563 ถึง สิงหาคม 2564 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัว คะแนน Palliative performance scale (PPS) การรับรู้เรื่องตัวโรคของผู้ป่วย การรับรู้พยากรณ์โรคของผู้ป่วย การรับรู้เป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย การยินยอมรับการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการปั๊มหัวใจ การได้รับมอร์ฟิน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life, HRQoL) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นการประเมินในวันที่ผู้ป่วยถูกส่งปรึกษาทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนคำถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ 5 ด้าน (EQ-5D) ได้แก่ 1.การเคลื่อนไหว (mobility) 2.การดูแลตัวเอง (self-care) เช่น การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง เป็นต้น 3.กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activity) เช่น การทำงานบ้าน การเรียนหนังสือ เป็นต้น 4.อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort) 5.ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) โดยแต่ละข้อ มี 5 ตัวเลือก เรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1 ไป 5 ซึ่ง 1 คือ ไม่มีปัญหา และ 5 คือ มีปัญหาหนักที่สุด ผลที่ได้จะนำไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้ป่วย¹²

คะแนนอรรถประโยชน์ (Utility scores) คือ ค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลแต่ละบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต และ 1 หมายถึง สุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด อย่างไรก็ตามในทางทฤษฎี คะแนนอรรถประโยชน์อาจเป็นค่าติดลบได้ ซึ่งหมายถึง ภาวะที่แย่กว่าเสียชีวิต คะแนนอรรถประโยชน์ของแบบประเมิน EQ-5D-5L คำนวณจากสถานะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ซึ่งเท่ากับ 1 หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติสุขภาพทั้ง 5 ด้าน¹³

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมิน HRQoL โดยใช้มาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale, EQ-VAS) ซึ่งรายงานการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยเป็นคะแนนและใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 คือ สุขภาพแย่ที่สุด และ 100 คือ สุขภาพดีที่สุด โดยผู้ป่วยได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง ณ เวลาที่ตอบแบบสอบถามนั้น แต่ไม่ได้ใช้นำไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์¹⁴

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรบอกลักษณะ (Categorical variable) รายงานด้วย ความถี่ ร้อยละ และตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) รายงานด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error) การเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคุณลักษณะของผู้ป่วยกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติ independent-samples t-test และ Analysis of Variance (ANOVA) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำโดยใช้การวิเคราะห์พหุคูณถดถอยเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง ตามหนังสือรับรองเลขที่ 8/64

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 128 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 55.47) ผู้สูงอายุในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 71 ปีมากที่สุด จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 44.5) ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 79.69) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 73.44) และสถานภาพโสดอีก จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 26.56) ส่วนมากผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพ จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 61.72) ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 70.31) ช่วงคะแนนที่ PPS ที่พบได้มากที่สุด คือ ช่วง 40-70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแล้วจะใช้เวลามากกว่า 7 เดือน ถึงจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 75.78) โดย ผู้ป่วยจำนวน 105 ราย (ร้อยละ 82.03) มีโรคอื่นร่วม ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้และเข้าใจโรค จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 69.53) มีผู้ป่วยจำนวน 64 ราย (ร้อยละ 50.00) ที่รับรู้พยากรณ์โรค และจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 46.88) ที่รับทราบเป้าหมายการรักษา ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยามอร์ฟินเมื่อมีอาการปวดเกิดขึ้น หากกรณีมีอาการผู้ป่วยทรุดลงผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกการช่วยชีวิตแบบให้ยากระตุ้นหัวใจและการใส่ท่อช่วยหายใจ (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าอรรถประโยชน์จาก EQ-5D และ EQ-VAS ระหว่างปัจจัย แยกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า ช่วงคะแนน Palliative performance scale การป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยรับรู้โรค ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค ผู้ป่วยรับรู้เป้าหมายการรักษา ยินยอมรับการปั๊มหัวใจ ยินยอมรับยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ มีผลต่อคะแนนอรรถประโยชน์จากทั้ง 2 แบบทดสอบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร (N=128)

ตัวแปร	N	ร้อยละ
เพศชาย	71	55.47
กลุ่มอายุ		
≤ 60 ปี	31	24.22
61 ถึง 70 ปี	40	31.25
≥ 71 ปี	57	44.53
กลุ่มคะแนน Palliative performance scale		
≥ 80	7	5.47
40 ถึง 70	79	61.72
≤ 30	42	32.81
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	102	79.69
มัธยมศึกษา	8	6.25
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	18	14.06
สถานภาพโสด	34	26.56
ประกอบอาชีพ	79	61.72
สิทธิ์การรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	90	70.31
ประกันสังคม	7	5.47
สิทธิข้าราชการ	20	15.63
อื่นๆ	11	8.59
เวลาหลังวินิจฉัยถึงเริ่มได้รับการดูแลแบบประคับประคอง		
≤ 1 เดือน	45	35.16
2 ถึง 6 เดือน	25	19.53
≥ 7 เดือน	58	45.31
ผู้ป่วยมะเร็ง	97	75.78
ผู้ป่วยมีโรคร่วม	105	82.03
ผู้ป่วยรับรู้โรคที่เป็น	89	69.53
ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค	64	50.00
ผู้ป่วยรับรู้เป้าหมายของการรักษา	60	46.88
ยินยอมรับการปั๊มหัวใจ	61	47.66
ยินยอมรับยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ	81	63.28
ยินยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ	75	58.59
ได้รับมอร์ฟิน	126	98.44
สถานที่ที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการเสียชีวิต		
บ้าน	23	17.97
โรงพยาบาลและอื่นๆ	105	82.03

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติแยกตามช่วงคะแนน PPS พบว่า ทุกมิติสุขภาพนั้น ในแต่ละช่วงคะแนน PPS มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนอรรถประโยชน์พบว่า คะแนน PPS ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 คะแนน มีผลทำให้ค่าอรรถประโยชน์ เพิ่มขึ้น 0.008 คะแนน และการที่ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค มีผลทำให้ค่าอรรถประโยชน์ เพิ่มขึ้น 0.299 คะแนนเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ทราบพยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่ได้รับมอร์ฟินจะมีค่าอรรถประโยชน์ เพิ่มขึ้น 0.196 คะแนน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับมอร์ฟิน (ตารางที่ 4)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลสำปาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนบรรณประโชยน์ที่ได้จากคำถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ 5 ด้าน (EQ-5D) และ คะแนนจากแบบประเมิน HRQoL โดยใช้มาตรวัดด้วยสายตา (EQ-VAS) แยกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	EQ-5D		p-value	EQ-VAS		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SE		ค่าเฉลี่ย	SE	
เพศ			0.702			0.740
ชาย	0.54	0.04		59.30	1.92	
หญิง	0.51	0.05		58.25	2.51	
กลุ่มอายุ			0.782			0.883
≤ 60 ปี	0.49	0.06		58.87	3.56	
61 ถึง 70 ปี	0.55	0.06		59.88	2.39	
≥ 71 ปี	0.53	0.05		58.07	2.35	
กลุ่มคะแนน Palliative performance scale			<0.001			<0.001
≥ 80	0.95	0.03		84.29	4.29	
40 ถึง 70	0.62	0.03		63.73	1.41	
≤ 30	0.27	0.05		45.36	2.58	
เวลาหลังวินิจฉัยถึงเริ่มได้รับการดูแลแบบประคับประคอง			0.852			0.666
≤ 1 เดือน	0.51	0.05		57.78	2.68	
2 ถึง 6 เดือน	0.51	0.07		57.20	3.29	
≥ 7 เดือน	0.54	0.05		60.34	2.30	
ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่			0.001			<0.001
เป็น	0.58	0.03		62.37	1.51	
ไม่เป็น	0.34	0.06		47.74	3.64	
ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่			0.387			0.115
มี	0.51	0.06		57.81	1.74	
ไม่มี	0.58	0.07		63.48	3.06	
ผู้ป่วยรับรู้โรคที่เป็น			0.002			0.001
ใช่	0.59	0.03		62.53	1.65	
ไม่ใช่	0.37	0.06		50.38	2.99	
ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค			<0.001			0.001
ใช่	0.63	0.04		64.06	1.95	
ไม่ใช่	0.42	0.05		53.59	2.20	
ผู้ป่วยรับรู้เป้าหมายของการรักษา			0.003			0.002
ใช่	0.62	0.04		63.83	2.06	
ไม่ใช่	0.44	0.04		54.41	2.12	
ยินยอมรับการปั๊มหัวใจ			0.002			0.001
ใช่	0.62	0.04		63.93	1.55	
ไม่ใช่	0.43	0.05		54.18	2.45	
ยินยอมรับยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ			0.005			<0.001
ใช่	0.59	0.04		62.84	1.41	
ไม่ใช่	0.41	0.05		51.91	3.20	
ยินยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ			0.121			0.549
ใช่	0.57	0.04		59.60	2.06	
ไม่ใช่	0.47	0.05		57.74	2.32	
ได้รับมอร์ฟีน			0.873			0.162
ได้รับ	0.52	0.03		58.57	1.55	
ไม่ได้รับ	0.57	0.23		75.00	5.00	
สถานที่ที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการเสียชีวิต			0.458			0.253
บ้าน	0.47	0.08		54.35	4.39	
ที่อื่น ๆ	0.54	0.03		59.81	1.60	

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลลำปาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตตาม 5 ด้านของ EQ-5D แยกตามช่วงคะแนน PPS

มิติสุขภาพ	คะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D								p-value
	ทั้งหมด		PPS ≤ 30		PPS 40-70		PPS ≥ 80		
	ค่าเฉลี่ย	SE	ค่าเฉลี่ย	SE	ค่าเฉลี่ย	SE	ค่าเฉลี่ย	SE	
การเคลื่อนไหว	2.66	0.12	3.64	0.20	2.28	0.12	1.14	0.14	<0.001
การดูแลตัวเอง	2.84	0.12	3.79	0.19	2.48	0.13	1.14	0.14	<0.001
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	3.13	0.10	3.98	0.15	2.84	0.11	1.29	0.18	<0.001
อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว	2.95	0.10	3.48	0.18	2.78	0.12	1.57	0.30	<0.001
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	1.96	0.09	2.19	0.17	1.91	0.12	1.14	0.14	0.041

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์เชิงเส้นแสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงคะแนนอรรถประโยชน์

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์	S.D.	p-value
เพศหญิง	-0.099	0.058	0.088
อายุ (ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี)	0.002	0.002	0.204
Palliative performance scale (ที่เพิ่มขึ้นทุก 10 คะแนน)	0.008	0.001	<0.001
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	reference	reference	reference
มัธยมศึกษา	0.021	0.143	0.881
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-0.008	0.080	0.922
ประกอบอาชีพ	-0.018	0.060	0.764
สิทธิ์การรักษา			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	reference	reference	reference
ประกันสังคม	0.102	0.112	0.360
สิทธิข้าราชการ	0.073	0.075	0.332
อื่น ๆ	0.143	0.096	0.134
เวลาหลังวินิจฉัยถึงเริ่มได้รับการดูแลแบบประคับประคอง			
น้อยกว่า 2 เดือน	reference	reference	reference
2 ถึง 6 เดือน	-0.045	0.074	0.545
7 เดือนขึ้นไป	-0.042	0.064	0.509
ไม่เป็นมะเร็ง	-0.096	0.078	0.216
ไม่มีโรคร่วม	0.042	0.061	0.489
ผู้ป่วยรับรู้โรคที่เป็น	-0.020	0.088	0.820
ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค	0.299	0.097	0.002
ผู้ป่วยรับรู้เป้าหมายของการรักษา	-0.134	0.102	0.188
ยินยอมรับการบีบหัวใจ	0.057	0.101	0.571
ยินยอมรับยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ	0.026	0.082	0.756
ได้รับมอร์ฟีน	0.196	0.076	0.010
ยินยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ	-0.004	0.093	0.966
สถานที่ที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการเสียชีวิต			
บ้าน	reference	reference	reference
โรงพยาบาลหรืออื่น ๆ	0.024	0.090	0.0732

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สูงขึ้นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การรับรู้พยากรณ์โรค การได้รับยามอร์ฟิน และคะแนน PPS ที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้วางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นต่อไปได้

จากผลการศึกษาพบว่า PPS ที่มากขึ้นนั้นจะส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับค่าอรรถประโยชน์ที่มากขึ้น ซึ่งผลลัพธ์นี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁸⁻⁹ โดยเมื่อพิจารณาเนื้อหาของแบบประเมินคะแนน PPS และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L แล้ว พบว่ามีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของมิติที่ประเมิน ได้แก่ การเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่จำเป็นประจำ ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากแบบประเมินทั้งสองอาจมีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของแบบประเมินทั้งสอง ได้แก่ คะแนน PPS นั้นถูกประเมินด้วยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ขณะที่แบบประเมิน EQ-5D-5L นั้นถูกประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเอง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยรู้พยากรณ์โรคสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า¹⁶ ซึ่งผลดังกล่าวสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อยืนยันในการให้บริการปรึกษา เพื่อให้แน่ใจถึงการสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองได้ทราบ อันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่ดีของผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงการได้รับยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่แสดงว่ายาในกลุ่ม opioids มีผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมอร์ฟินจะทำให้ความเจ็บปวดลดลง ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น¹⁷ อย่างไรก็ตาม ผลของยามอร์ฟินในผู้ป่วยระยะประคับประคองนั้น นอกจากข้อบ่งชี้ในเรื่องการช่วยบรรเทาอาการปวดแล้ว ยังสามารถใช้เพื่อลดอาการ

เหนื่อยได้อีกด้วย กระนั้น งานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลอาการรบกวนที่อาจสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย จึงเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในภายภาคหน้า เพื่อประเมินผลของยามอร์ฟินต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีอาการรบกวนแบบต่างๆ เพื่อให้ทราบถึงผลของยามอร์ฟินต่อการบรรเทาอาการรบกวนที่ต่างกัน และการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้เก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการมีผู้ดูแล (Care giver) ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การศึกษาต่อไปอาจมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล โดยอาจเก็บข้อมูลในประเด็น การมีหรือไม่มีผู้ดูแล ระดับความใกล้ชิดของผู้ดูแล จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งทำการติดตามคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยทีมดูแลประคับประคองในทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา นอกจากนั้น การศึกษานี้เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุผลของปัจจัยได้

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการศึกษาในภายภาคหน้า ควรเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าเพื่อให้ทราบถึงความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยต่าง ๆ สำหรับข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ งานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้ยามอร์ฟินในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการรบกวน เช่น และการให้ข้อมูลเรื่องพยากรณ์โรคของผู้ป่วยสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

REFERENCES

1. Connor SR, Bermedo MCS, editors. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2014.

2. Division of Non Communicable Disease. Thai NCD [Internet]. Nontaburi: Division of Non Communicable Disease; 2016 [update 2022 Jan 18; cited 2023 July 25]. Available from: <http://www.thaincd.com>.
3. Cancer today [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2023 July 25] Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
4. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editor. Quality of life assessment instruments: international perspectives. Berlin:Springer Verlag; 1994. p. 41-57.
5. Feeny D. A utility approach to the assessment of health-related quality of life. Med Care. 2000;38(9 Suppl):II151-4.
6. Photharos, N. Measurement of health-related quality of life. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2016;10(3);36-43.
7. Janssen MF, Bonsel GJ, Luo N. Is EQ-5D-5L better than EQ-5D-3L? A head-to-head comparison of descriptive systems and value sets from seven countries. Pharmacoeconomics. 2018;36(6):675-97.
8. Puengsook W, Kanthawee P, Markmee P. factors associated with quality of life of among cancer patient with palliative care at the end of life residing in Chiang Rai Province. Nurs J Ministry Public Health 2019;29(2):116-28.
9. Prommarat C. Factors affecting the quality of life of the palliative care patient at palliative care clinic, Lamphun Hospital. Lanna Public Health Journal. 2020;16(1):70-81.
10. Gayatri D, Efremov L, Kantelhardt EJ, Mikolajczyk R. Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: systematic review of the published literature. Qual Life Res. 2021;30(2):315-43.
11. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. The Thai version of the EQ-5D-5L health questionnaire. HITAP. 2015;3(24).
12. Techakehakij W. Assessing health-related quality of life and utility in health research. Chiang Mai: Chiang Mai University Press; 2018.
13. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population: Mahidol University Salaya, Thailand; 2014.
14. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsiri S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L Valuation study in Thailand. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018;18(5):551-8.
15. Downing, G. Q&A manual, instructions & definitions for use of palliative performance scale (PPSv2). Canada: Victoria Hospice Society; 2020.
16. Lee H, Ko HJ, Kim AS, Kim SM, Moon H, Choi HI. Effect of prognosis awareness on the survival and quality of life of Terminally Ill cancer patients: a prospective cohort study. Korean J Fam Med. 2020;41(2):91-7.
17. Leppert W, Nosek K. Comparison of the quality of life of cancer patients with pain treated with oral controlled-release morphine and oxycodone and transdermal buprenorphine and fentanyl. Curr Pharm Des. 2019;25(30):3216-24.