

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคอง
ที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย
โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

A comparison of impact of Advance Care Planning between Palliative
Patients with advance cancer and advance stage of chronic diseases
at Buayai Hospital Nakhonratchasima Province

ดลยา ถมโพธิ์, พ.บ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

Donlaya Thompho, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine*

*โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30120

*Buayai Hospital, Nakhonratchasima Province, Thailand, 30120

Corresponding author, E-mail address: donlayoop@hotmail.com

Received: 13 Nov 2024 Revised: 20 Jan 2024 Accepted: 29 Jan 2025.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : คลินิกประคับประคองโรงพยาบาลบัวใหญ่ พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายมักถูกส่งปรึกษาเพื่อดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่จะส่งปรึกษาเมื่อได้รับการวินิจฉัยแต่ต้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองช้ากว่า รวมถึงได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ช้ากว่า อีกทั้งการดำเนินโรคในระยะท้ายที่มีความต่างกัน จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อ 1. การทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต 2. สถานที่เสียชีวิต 3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาแบบ retrospective analytic study โดยการทบทวนเวชระเบียนใช้แบบบันทึกข้อมูลในประเด็นที่สนใจศึกษา การศึกษาตัวอย่างจากกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง ที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลบัวใหญ่ เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 111 ราย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย 75 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Chi square และ t-test ทดสอบ
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่าง 186 ราย ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 147 ราย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 92 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย 55 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (76 ± 11.9 ปี และ 69 ± 13.6 ปี $p\text{-value} = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.001$) ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการทำหัตถการไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 1.1 และ 7.3 $p\text{-value} = 0.169$) การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ (ร้อยละ 1.1 และ 5.5 $p\text{-value} = 0.115$) สถานที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 92.4 และ 81.8 $p\text{-value} = 0.057$) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต

- (เฉลี่ย 4.0 ± 5.0 วัน และ 5.0 ± 7.5 วัน $p\text{-value} = 0.325$) พบว่าทั้งสองกลุ่ม
ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
- สรุป** : ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการทำหัตถการไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต
สถานที่เสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วย
ทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน เมื่อได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม
ได้รับการดูแลในระยะท้ายตรงตามประสงค์ที่บันทึกไว้
- คำสำคัญ** : การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคเรื้อรังระยะท้าย

ABSTRACT

- Background** : Buayai Hospital's Palliative care clinic found that patients in the advance stage of chronic disease are often referred for consultation on palliative care during the final period of life. Which differs from advance cancer patients who are referred for consultation once diagnose early on. As a result, advance stage of chronic disease patients received palliative care and advance care planning (ACP) is delayed. In additional, the progression of the disease in the terminal stages is different, therefor a study was conducted to compare the impact of ACP.
- Objective** : To compare the impact of ACP on 1. Non beneficial treatment 2. Place of death and 3. Hospital length of stay within 30 days before death between advance cancer and advance stage of chronic disease patients.
- Method** : A retrospective analytic study was conducted base on the medical records of patients who received the ACP process at Buayai Hospital. The sample included patients in two groups: 111 advance cancer patients and 75 advance stage of chronic disease patients who died between October 1st, 2022 and September 30th, 2023. Data were collected by using a structured form and analyzed with descriptive and inferential statistics analysis (Chi square and a t-test).
- Results** : Out of 186 patients, 147 cases were qualified (92 in the advance cancer group and 55 in the advance stage of chronic disease group). Patients in the advance stage of chronic disease group were significantly older (76 ± 11.9 years versus 69 ± 13.6 years; $p\text{-value}=0.001$), The proportion of performance status differed significantly between the two groups ($p\text{-value} < 0.001$). ACP was shown to influence non-beneficial treatment, place of death, and hospital length of stay within 30 days before death; however, these differences were not statistically significant. The advance cancer group and the advance stage of chronic disease group received Endotracheal tube intubation 1.1%, 7.3% ($p\text{-value} = 0.169$), cardiopulmonary resuscitation 1.1%, 5.5% ($p\text{-value}= 0.115$) the place hospital of death was mostly at home (92.4, 81.8 $p\text{-value} = 0.057$). The mean of hospital length of stay in the 30 days before death was 4.0 ± 5.0 , 5.0 ± 7.5 days ($p\text{-value} = 0.325$).
- Conclusion** : The impact of ACP on non-beneficial treatment, place of death, and hospital length of stay within 30 days before death showed no statistical significance. Both groups received end of life care in accordance with their recorded intentions.
- Keywords** : Advance care planning, advance cancer, advance stage of chronic disease.

หลักการและเหตุผล

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning (ACP)) เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นการสื่อสารพูดคุยระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยทำการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ล่วงหน้า เพื่อในอนาคตที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้^(1,2) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายได้รับการจัดการด้านความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่ตรงจริง มีทางเลือกในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความจำเป็นสำหรับกระบวนการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการสืบค้นข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของประเทศไทยและจังหวัดนครราชสีมา พบว่าปีงบประมาณ 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง จำนวน 307,055 ราย ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 52.6 จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง จำนวน 13,567 ราย ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 51.3⁽³⁾

จำนวนผู้ป่วยประคับประคองในโรงพยาบาลบัวใหญ่ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยประคับประคอง 561 595 และ 736 ราย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 424 400 และ 520 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย 137 195 และ 216 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายมักถูกส่งปรึกษาเพื่อดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่จะส่งปรึกษาเมื่อได้รับการวินิจฉัยแต่ต้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา สังสิทธิยากร และคณะ⁽⁴⁾ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ช้ากว่า อีกทั้งการดำเนินของโรคมะเร็งระยะลุกลามยังดำเนินอย่างรวดเร็ว ต่างจากการดำเนินของโรคเรื้อรังระยะท้ายที่การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงทำ

การศึกษาเปรียบเทียบผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต สถานที่เสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อ 1. การทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต 2. สถานที่เสียชีวิต 3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มโรคเรื้อรังระยะท้าย

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective analytic study) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มโรคเรื้อรังระยะท้าย ที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2566 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ KHE 2024-086 วันที่รับรอง 5 มิถุนายน พ.ศ. 2567

ประชากรที่ทำการศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลบัวใหญ่ ทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคอง ICD-10⁽⁵⁾ รหัส z51.5 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลักดังต่อไปนี้ (principle diagnosis) ได้แก่
 - กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะลุกลามที่มี ICD-10 รหัส C76-C80
 - กลุ่มโรคไตในระยที่ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต ICD-10 รหัส N185 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
 - โรคหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการและความรุนแรงตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class 3-4 ICD-10 รหัส I50
 - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง GOLD stage 4 ที่มีการใช้ long term home oxygen หรือมีประวัติการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบหรือภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (emergency admissions for infective exacerbations or respiratory failure) มากกว่า 2 ครั้งต่อปี ICD-10 รหัส J44
 - โรคตับแข็ง ระยะ decompensated cirrhosis (Child-Pugh C) ICD-10 รหัส K74 หรือภาวะตับล้มเหลว hepatic failure ICD-10 รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure ICD-10 รหัส K70.4 หรือ hepatic failure with toxic liver disease ICD-10 รหัส K71.7
 - โรคทางระบบประสาทและสมอง ได้แก่ หลอดเลือดสมองแตก/ตีบใน Chronic stroke ICD-10 รหัส I60-I69 หรือภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย (Advance Dementia) FAST Stage 7C ขึ้นไป ICD-10 รหัส F03
 - ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิง (frailty) ที่มี Bathel index 0-4 ICD-10 รหัส R54

3. ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบัวใหญ่

4. ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการบันทึกรหัส ICD-10 รหัส Z71.8 ในเวชระเบียน

5. มีบันทึกการเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2566

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่มีบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
2. ข้อมูลมีการบันทึกไม่ครบถ้วน
3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ตรวจพบโรคเรื้อรังระยะท้ายในภายหลัง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่ตรวจพบโรคมะเร็งระยะลุกลามในภายหลัง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning (ACP)) หมายถึง มีการทำ ACP โดยทีมผู้ให้การดูแล ด้วยกระบวนการ Family meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน
2. หัตถการที่ไม่จำเป็นในระยะท้าย หมายถึง การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube intubation) การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ (Cardiopulmonary resuscitation (CPR))
3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต หมายถึง ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต
4. Chronic stroke หมายถึง ภาวะ vegetable stage หรือภาวะรู้ตัวน้อยหรืออัมพาตรุนแรง > 3 วัน มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์แย่ง เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลัก ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ติดเชื้อในกระแสเลือด แผลกดทับระดับ 3-4 ไม่มีการฟื้นตัวดีขึ้นหลังมีอาการ 3 เดือน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร test for difference in two independent proportions ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และ อำนาจ (Power) ที่ร้อยละ 80 ใช้ค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งต่อกลุ่มผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็ง มีค่าเท่ากับ 0.63 ต่อ 0.37 คำนวณขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุด คือ กลุ่มละ 54 คน การศึกษานี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม 92 ราย (ร้อยละ 62.6) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะท้าย 55 ราย (ร้อยละ 37.4)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่บ้านทีก

ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การมีโรคร่วม การวินิจฉัยหลัก

ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง ระยะ เวลาในการเข้ารับการดูแลกับทีมประคับประคองก่อน เสียชีวิต (care time) ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) แรกรับเข้าคลินิก ประคับประคอง

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความประสงค์ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การนำวัดหัวใจผายปอด กู้ชีพ สถานที่เสียชีวิต โดยพิจารณาการดูแลที่ได้รับจริง ในวาระสุดท้ายเทียบกับความต้องการที่บ้านทีกไว้

ข้อมูลการเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต จำนวน วันการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 30 วันก่อน เสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่ามัธยฐานตามแต่ลักษณะการกระจายของ ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ค่าสัดส่วน โดยใช้สถิติ Chi square และ independent t-test พิจารณาค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ในการ เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางคลินิก การใส่ท่อ ช่วยหายใจ การนำวัดหัวใจผายปอดกู้ชีพ สถานที่เสียชีวิต

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 147 ราย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 92 ราย (ร้อยละ 62.6) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย 55 ราย (ร้อยละ 37.4) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 71.7 ± 13.4 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายคือ 69 ± 13.6 ปี และ 76 ± 11.9 ปี ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.001$) สิทธิการรักษา ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสิทธิการรักษาบัตรทอง การวินิจฉัยหลักในกลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลาม 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและ ท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้และทวารหนัก ร้อยละ 34.8 19.6 และ 16.3 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังระยะท้าย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย โรคหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 43.6 27.3 และ 14.5 ตามลำดับ การมีโรคร่วม ในกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย มีโรคร่วม ร้อยละ 45.6 และ 34.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะลุกลาม	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะท้าย	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	42 (45.6%)	19 (34.5%)	0.187
หญิง	50 (54.4%)	36 (65.5%)	
ช่วงอายุ			
mean	69 ± 13.6	76 ± 11.9	0.001*
≤59 ปี	24 (26.1%)	5 (9.1%)	
60-79 ปี	46 (50.0%)	24 (43.6%)	
80 ปีขึ้นไป	22 (23.9%)	26 (47.3%)	
การศึกษา			
ประถมศึกษา	86 (93.4%)	53 (96.4%)	0.439
มัธยมศึกษา	3 (3.3%)	2 (3.6%)	
ปริญญาตรี	3 (3.3%)	0 (0.0%)	
สิทธิการรักษา			
บัตรทอง	81 (88.0%)	50 (90.9%)	0.566
เบิกต้นสังกัด	9 (9.8%)	5 (9.1)	
ประกันสังคม	1 (1.1%)	0 (0.0%)	
อื่นๆ	1 (1.1%)	0 (0.0%)	
โรคประจำตัว			
มี	42 (45.6%)	19 (34.5%)	0.187
ไม่มี	50 (54.4%)	36 (65.5%)	
การวินิจฉัยหลัก			
Cancer			
lung	18 (19.6%)	-	
breast	4 (4.3%)	-	
Liver/bile duct	32 (34.8%)	-	
Colon/rectum	15 (16.3%)	-	
Head/neck	8 (8.7%)	-	
Urinary tract	8 (8.7%)	-	
Cervix/ovary	6 (6.5%)	-	
lymphoma	2 (2.2%)	-	
other	6 (6.5%)	-	
Chronic disease			
Chronic kidney disease stage 5	-	15 (27.3%)	
Stroke	-	24 (43.6%)	
Chronic obstructive pulmonary disease	-	2 (3.6%)	
Heart failure	-	8 (14.5%)	
Liver cirrhosis	-	4 (7.3%)	
Frailty	-	2 (6.3%)	

* $p < 0.05$ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกัน

2. ผลของการดูแลแบบประคับประคอง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกส่งปรึกษาคลินิกประคับประคองเมื่อระดับคะแนน PPS 40 - 60 คือความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเริ่มลดลง นั่งหรือนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย มีผู้ที่มีคะแนน PPS 10 - 30 คือไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาร้อยละ 19.6 และ 43.6 เมื่อเปรียบเทียบ

ค่าสัดส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.001$) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาดูแลจากทีมประคับประคองนับจากวันที่ลงทะเบียน ในกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย คือ 39 วัน และ 49 วัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลของการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย

ข้อมูลที่ศึกษา	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะลุกลาม	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะท้าย	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Palliative Performance Scale แกรับเข้าคลินิกประคับประคอง			
10 - 30	18 (19.6%)	24 (43.6%)	<0.001*
40 - 60	56 (60.9%)	30 (54.5%)	
70 - 100	18 (19.6%)	1 (1.8%)	
จำนวนวันการดูแลประคับประคอง			
ก่อนเสียชีวิต (median)	39	49	0.303
(IQR)	(71.8)	(132)	
การใส่ท่อช่วยหายใจ			
ได้รับ	1 (1.1%)	4 (7.3%)	0.169
ไม่ได้รับ	91 (98.9%)	51 (92.7%)	
การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ			
ได้รับ	1 (1.1%)	3 (5.5%)	0.115
ไม่ได้รับ	91 (98.9%)	52 (94.5%)	

* $p < 0.05$ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกัน

3. ผลสำเร็จของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
ผลลัพธ์ของความสำเร็จของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อพิจารณาการดูแลที่ได้รับจริงในวาระท้ายเทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ได้รับการดูแลจริงในวาระท้ายตรงตามประสงค์ที่บันทึกไว้

ในด้านการใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 98.9 และ 94.6 ($p\text{-value} = 0.187$) การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ คิดเป็นร้อยละ 98.9 และ 94.6 ($p\text{-value} = 0.187$) สถานที่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 98.9 และ 92.7 ($p\text{-value} = 0.099$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลสำเร็จของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย

กิจกรรม	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง		กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		p-value
	ระยะลุกลาม		ระยะท้าย		
	ได้ตามประสงค์	ไม่ได้ตามประสงค์	ได้ตามประสงค์	ไม่ได้ตามประสงค์	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การใส่ท่อช่วยหายใจ	91 (98.9%)	1 (1.1%)	52 (94.6%)	3 (5.5%)	0.187
การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ	91 (98.9%)	1 (1.1%)	52 (94.6%)	3 (5.5%)	0.187
สถานที่เสียชีวิต	91 (98.9%)	1 (1.1%)	51 (92.7%)	4 (7.3%)	0.099

4. ข้อมูลการเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต ค่าเฉลี่ยจำนวนวันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน โดยกลุ่มผู้ป่วย 30 วันก่อนเสียชีวิต (length of stay) คือ 4.0 ± 5.0 วัน โรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย และ 5.0 ± 7.5 วัน (p-value = 0.325) ตามลำดับ เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 92.4 และ 81.8 (p-value = 0.052) ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย

ข้อมูลที่ศึกษา	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	p-value
	ระยะลุกลาม	ระยะท้าย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สถานที่เสียชีวิต			
บ้าน	85 (92.4%)	45 (81.8%)	0.052
โรงพยาบาล	7 (7.6%)	10 (18.2%)	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต (mean $\pm$ SD)	4.0 ± 5.0	5.0 ± 7.5	0.325

อภิปรายผล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยอธิบายประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อการทำให้เหตุการณ์ที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่นวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะมีความแตกต่างกันของโรคและการดำเนินของโรค แต่เมื่อทีมประคับประคองได้ให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งจะอธิบายข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจบนพื้นฐานความจริง เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นรักษาไม่หาย การรักษาต่อไปจะส่งผลให้ผู้ป่วยทรมานมากกว่า อีกทั้งผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์จากการเห็นคนใกล้ชิดเคยได้รับการยื้อชีวิตมาก่อนทำให้ได้รับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน

จึงตัดสินใจเลือกที่จะไม่เพิ่มความทรมานให้ตนเอง สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(4,6-8)

2. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อสถานที่เสียชีวิต ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน อธิบายได้ว่าในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยต้องการอยู่ที่บ้าน เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย ญาติพี่น้องจะมาเยี่ยมได้สะดวก ต่างจากโรงพยาบาลที่จำกัดจำนวนคนและเวลาในการเข้าเยี่ยม และตามบริบทในพื้นที่ มีความเชื่อว่าหากเสียชีวิตนอกบ้านจะไม่ให้นำศพมาประกอบพิธีที่บ้านได้ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองจะได้ทราบถึงแนวทางการดูแลในระยะท้าย มีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยเฝ้าไข้ที่บ้าน รวมถึงแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย จนญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและ

มั่นใจในการดูแล จึงเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลหาดใหญ่⁽⁶⁾ และโรงพยาบาลแม่สอด⁽⁹⁾

3. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย มีค่าเฉลี่ย 4.0 ± 5.0 วัน และ 5.0 ± 7.5 วัน ($p\text{-value}=0.325$) ไม่มีความแตกต่างกัน แม้จะไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแต่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายมีจำนวนวันนอนที่นานกว่าคือ 5.0 ± 7.5 วัน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่ศึกษาส่วนใหญ่คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาคือ มีภาวะปอดติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ การมีแผลกดทับ ซึ่งทำให้ระยะวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากต้องเพิ่มระยะเวลาในการให้ยาฆ่าเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาโรงพยาบาลหัวหิน⁽¹⁰⁾

4. ผลของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งปรึกษาคลินิกประคับประคองเมื่อระดับ PPS 40-60 ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากระยะคงที่ (PPS 70-100) ที่ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไปเป็นระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (PPS 10-30) ที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา เมื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.001$) จำนวนวันที่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองไม่แตกต่างกัน คือ 39 และ 49 วัน ($p\text{-value}=0.303$) โดยทีมประคับประคองได้ให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตั้งแต่วันแรก ที่ผู้ป่วยถูกส่งปรึกษา แต่เนื่องจากการดำเนินของโรคมะเร็งระยะลุกลามที่รวดเร็ว ทำให้เวลาในการดูแล กับทีมประคับประคองสั้นกว่าโรคเรื้อรังระยะท้ายที่มีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาไม่แน่นอน คาดเดาโรคได้ยาก⁽¹¹⁾

5. ผลสำเร็จของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อพิจารณาการดูแลที่ได้รับจริงในวาระท้ายเทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้ พบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแล

ระยะท้ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมีการบันทึกความต้องการของผู้ป่วยและญาติไว้ในเวชระเบียน ซึ่งเป็นการสื่อสารให้ทีมรักษาที่เกี่ยวข้องทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลแม่สอด⁽⁹⁾ ที่เมื่อได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ ทั้งในด้านการใส่ท่อหายใจ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพและสถานที่เสียชีวิต

จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยระดับประคับประคองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค ได้ตัดสินใจบนพื้นฐานความจริง ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีมรักษาในโรงพยาบาลมีทักษะในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและนำมาใช้กับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยระดับประคับประคองได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษา

สรุป

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการทำหัตถการไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต สถานที่เสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลในระยะท้ายตรงตามประสงค์ที่บันทึกไว้

ข้อเสนอแนะ

1. จากงานวิจัยนี้แม้จะมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยและญาติแล้ว แต่เมื่อถึงวาระสุดท้ายกลับยังมีการยื้อชีวิตผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีสติในการตัดสินใจ อาจเกิดจากการไม่สื่อสารกันระหว่างญาติที่ดูแลและญาติที่ไม่ได้ดูแลใกล้ชิด ดังนั้นอาจต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีระบบ โดยการทำเอกสารพินัยกรรมชีวิตเก็บไว้กับผู้ป่วย เพื่อสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้ญาติคนอื่นรับทราบความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย

ข้อจำกัด

ปัญหาและอุปสรรคในงานวิจัยนี้ คือปัญหาทักษะการรวบรวมข้อมูลของนักวิจัยทำให้เก็บข้อมูลได้ช้า

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Module 9 Goal Setting & Advance Care Planning. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, นภา หลิมรัตน์, บรรณาธิการ. Training of the Trainers in Palliative Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา ; 2560 : 6-48.
- ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร. การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(6):755-60.
- คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5.
- ณัฐธิดา สังสัทธยากร, ทชา พิทยาพิบูลย์พงศ์, ภรเอก มนัสวานิช. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2564;4(3):107-18.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. Standard Coding Guidelines Version Edition 2017. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : แสงจันทร์การพิมพ์ ; 2560.
- ประไพ บุญมรดก, โสเพ็ญ ชูนวน. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ 2565;9(1):270-82.
- รุ่งมณี พุกไพจิตร, สุธิ อยู่สถาพร, ฉัตรสมุน พฤทธิบุญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยทหารผ่านศึก. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2561;4(1):1-14.
- สุนีย์ ณีชนะนนท์. การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. สรรค์ประชากรเวชสาร 2562;16(1):1-10.
- ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2564;4(1):97-111.
- ธนพล ทรงธรรมวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหัวหิน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(1):120-31.
- Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003;289(18):2387-92. doi: 10.1001/jama.289.18.2387.