

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายในคลินิก การดูแลระดับประคอง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

Impact of advance care planning on Quality of End of life care in

Taphanhin Crown Prince Palliative care clinic, Phichit Province ,Thailand

สิรินทิพย์ ลิตานนท์ พ.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) เป็นหนึ่งในกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่การศึกษาลงมือของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในคลินิกประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ตะพานหินและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 189 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนและบันทึกการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การวินิจฉัยโรคระยะท้าย การวางแผนดูแลล่วงหน้า และการรักษาที่เกิดขึ้นจริงในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ประกอบด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต การได้รับยากระตุ้นหัวใจ การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ และ สถานที่เสียชีวิต

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 189 คน ร้อยละ 84.1 วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะท้าย ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 180 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 พบว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อการลดการใส่ท่อช่วยหายใจ RR=0.04 (95%CI: 0.01-0.12, p<0.001) ลดการได้รับยากระตุ้นหัวใจ RR=0.09 (95%CI: 0.03-0.25, p<0.001) และลดการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต RR=0.05 (95%CI: 0.01-0.32, p=0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคอง, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

Advanced care plan is a process of self-care planning for patients with chronic illness at the end of life. However, there are few studies on the benefits of advanced care plans in the Thai context. This study aimed to study the impact of advanced care planning on the quality of life in terminally ill patients. It was a retrospective cohort study of patients receiving care in Taphanhin Crown Prince palliative care clinic who died between October 1, 2019, to September 30, 2021. A total of 189 patients collected medical records including late-stage diagnosis, advance care plan, and the actual treatment in the final stages consisting of intubation, cardiopulmonary resuscitation, used inotrope, strong opioid to manage symptoms, and place of death.

Results 189 patients were enrolled in the study with 84.1% being cancer patients. Around 95.2% had advanced care plan records. It was found that advance care planning resulted in reductions in intubation RR=0.04 (95%CI: 0.01-0.12, p<0.001) reduce used inotrope RR=0.09 (95%CI: 0.03-0.25, p<0.001) and statistically significantly reduced cardiopulmonary resuscitation RR=0.05 (95%CI: 0.01-0.32, p=0.001).

Keywords : Palliative care, Advance care planning, Quality of end of life care

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของที่เพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาได้มีจำนวนสูงขึ้น เห็นจากอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและ ไตวายเรื้อรัง ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน สามารถช่วยผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีชีวิตยืนยาว ขณะเดียวกันถูกนำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่อยู่ในโรครยะท้าย การดูแลประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อบรรเทาอาการ จัดการอาการ รบกวนต่างๆ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย จากการศึกษา โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 กลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคอง พบมีแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีการดูแลประคับประคองพบร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁽²⁾⁽³⁾

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า(advance care plan) เป็นกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผ่านกระบวนการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา

ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills⁽⁴⁾) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบริบทประเทศไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีอย่างจำกัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินมีระบบการดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยประคับประคอง ประเมินอาการและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล ทั้งกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง จำนวน 129 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 51 คน ได้ทำการวางแผนการล่วงหน้า ถึงร้อยละ 92.21 แต่ยังไม่มียังมีข้อมูลของคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

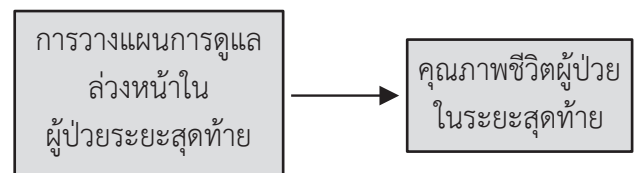
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประเมินจาก การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ และสถานที่เสียชีวิต

สมมติฐานของการวิจัย

การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการดูแลจากคลินิกการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 189 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคสามารถเข้าสู่การดูแลประคับประคอง ICD10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลัก (principal diagnosis) ดังต่อไปนี้

- 1) กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 C00- C96 ระยะแพร่กระจาย
- 2) กลุ่มโรคระบบประสาท หลอดเลือดสมอง ICD-10 I60-I69 และ ภาวะสมองเสื่อม ICD-10 F03
- 3) โรคไตในระบะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ICD-10 N185
- 4) โรคถุงลมโป่งพอง ICD-10 J44 ภาวะหัวใจล้มเหลว ICD-10 I50
- 5) โรคตับแข็ง ICD-10 K74 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure ICD-10 K72 หรือ alcoholic hepatic failure ICD-10 K70.4 หรือ hepatic failure with toxic liver disease ICD-10 K71.7
- 6) ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 R54

2. รับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

3. มีบันทึกการเสียชีวิต ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบคัดลอกข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งแบบคัดลอกข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะสมรส สิทธิการรักษา
- 2) ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคระยะท้าย การมีโรคร่วม อาการเหนื่อยหรืออาการปวด Palliative Performance Scale, ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาดูแลกับทีมดูแลประคับประคองก่อนเสียชีวิต (care time) การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (จำนวนวัน/จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/ จำนวนครั้งการรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน)
- 3) การบันทึกผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการรักษาที่เกิดขึ้นจริงในระบะสุดท้ายของผู้ป่วย
 - การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)
 - การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR)
 - การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ
 - สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 189 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การลงรหัสข้อมูลในโปรแกรม Microsoft excel โดยผู้วิจัยนำเข้าข้อมูล จากนั้นนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ด้านบุคคล ข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าสถิติในรูปแบบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าร้อยละ

2) สถิติเชิงอนุมาน (Interferential statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าและไม่วางแผนในผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูล 2 กลุ่มใช้ Chi-square test, และ univariate analysis ในการวิเคราะห์ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ ด้วย logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 189 คน

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 68.46 ± 14.12 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.4 มีสิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 60.3 และมีโรคร่วมถึง ร้อยละ 60.3 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าและไม่วางแผนในผู้ป่วย พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย

ปัจจัยด้านบุคคล	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ				0.142
ชาย	102 (54.0)	95 (58.8)	7 (77.8)	
หญิง	87 (46.0)	85 (47.2)	2 (22.2)	
อายุ (ปี)	68.46 ± 14.12	68.77 ± 13.80	62.22 ± 19.55	0.175
ศาสนา				0.951
พุทธ	187 (99.0)	178 (98.8)	9 (100.0)	
คริสต์	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	
อิสลาม	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	
สถานะสมรส				0.052
สมรส	152 (80.4)	147 (81.7)	5 (55.6)	
โสด	22 (11.6)	18 (10.0)	4 (44.4)	
หม้าย/หย่า/แยก	13 (6.9)	13 (7.2)	0 (0.0)	
สมณะ	2 (1.1)	2 (1.1)	0 (0.0)	
สิทธิการรักษา				0.982
บัตรทอง	114 (60.3)	108 (60.0)	6 (66.7)	
เบิกต้นสังกัด	39 (21.7)	39 (21.7)	2 (22.2)	
ผู้พิการ	21 (11.1)	20 (11.1)	1 (11.1)	
ประกันสังคม	9 (4.8)	9 (5.0)	0 (0.0)	
ชำระเอง	3 (1.6)	3 (1.6)	0 (0.0)	
ทหารผ่านศึก	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	
การมีโรคร่วม				0.487
ไม่มี	75 (39.7)	70 (38.9)	5 (55.6)	
มี	114 (60.3)	110 (61.1)	4 (44.4)	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยทางคลินิกจำแนกตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การวินิจฉัยระยะท้าย				0.636
Non cancer (ERSD, COPD, Dementia, CHF, Stroke)	30 (15.9)	28 (15.6)	2 (22.2)	
Cancer	159(84.1)	152(84.4)	7 (77.8)	
ตำแหน่งของมะเร็ง				
Lung cancer	39 (20.6)	35 (19.4)	4 (44.5)	0.089
Hepatobiliary cancer	42 (22.3)	41 (22.8)	1 (11.1)	0.411
Gastrointestinal cancer	22 (11.6)	21 (11.7)	1 (11.1)	0.960
Genitourinary cancer	9 (4.8)	9 (5.0)	0 (0.0)	0.638
Head and neck cancer	15 (7.9)	14 (7.8)	1 (11.1)	0.718
Cervix cancer	4 (2.1)	4 (2.2)	0 (0.0)	0.821
Ovary cancer	4 (2.1)	4 (2.2)	0 (0.0)	0.821
Breast cancer	9 (4.8)	9 (5.0)	0 (0.0)	0.638
Other	15 (7.9)	15 (8.3)	0 (0.0)	0.467
อาการ				
ปวด	106 (56.1)	103(57.2)	3 (33.3)	0.184
เหนื่อย	113 (60.0)	106(58.9)	7 (77.8)	0.318
อื่นๆ	23 (12.1)	22 (12.3)	1(11.1)	0.818
Palliative Performance Scale (PPS)				0.866
0-30	29 (15.3)	28 (15.6)	1 (11.1)	
40-60	131(69.4)	125(69.4)	6 (66.7)	
70-100	29 (15.3)	27 (15.0)	2 (22.2)	
จำนวนวันการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล				0.673
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน	154(81.5)	147(81.7)	7 (77.8)	
มากกว่า 14 วัน	35 (18.5)	33 (18.3)	2 (22.2)	
จำนวนครั้งการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล				0.905
ไม่เคย	37 (19.6)	36 (20.0)	1 (11.1)	
1 ครั้ง	100 (52.9)	95 (52.8)	5 (55.6)	
2 ครั้งขึ้นไป	52 (27.5)	49 (27.2)	3 (33.3)	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยทางคลินิกจำแนกตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
จำนวนครั้งการรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน				0.614
ไม่เคย	154 (81.5)	145(80.6)	9(100.0)	
1 ครั้ง	25 (13.2)	25 (13.9)	0 (0.0)	
2 ครั้งขึ้นไป	10 (5.3)	10 (5.6)	0 (0.0)	
ผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า				
ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)	-	178 (98.9)	-	
ปฏิเสธการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR)	-	180(100.0)	-	
ปฏิเสธการได้รับยากระตุ้นหัวใจ (inotrope)	-	178 (98.9)	-	
การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ	-	156 (86.7)	-	
สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)				
- โรงพยาบาล	-	49 (27.2)	-	
- บ้าน	-	66 (36.7)	-	
- ยังไม่ได้ตัดสินใจ	-	65 (36.1)	-	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 84.1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ Hepatobiliary cancer คิดเป็นร้อยละ 22.3 มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง PPS 40-60 เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ร้อยละ 60 และอาการปวดร้อยละ 56.1 มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลกับทีมประคับประคองก่อนเสียชีวิต 25 วัน การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน ร้อยละ 81.5 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 72.5 การเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน

น้อยกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 92.7 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าและไม่วางแผน พบว่าปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในกลุ่มผู้ป่วยที่วางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน โดยจะเลือกที่จะไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและยากระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 98.9 ยอมรับการได้รับยา Strong opioids เพื่อจัดการอาการในระยะท้าย ร้อยละ 86.7 และผู้ป่วยทั้งหมดเลือกที่จะไม่รับการกดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย

ตารางที่ 3 การรักษาในวาระท้ายที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยจำแนกตามการวางแผน

การรักษาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)				<0.001*
ทำ	9 (4.8)	4 (2.2)	5 (55.6)	
ไม่ทำ	180(95.2)	176(97.8)	4 (44.4)	

ตารางที่ 3 การรักษาในวาระท้ายที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยจำแนกตามการวางแผน (ต่อ)

การรักษาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR)				<0.001*
ทำ	4 (2.1)	2 (1.1)	2 (22.2)	
ไม่ทำ	185(97.9)	178(98.9)	7 (77.8)	
การได้รับยากระตุ้นหัวใจ (inotrope)				0.001*
ทำ	11 (5.8)	7 (3.9)	4 (44.4)	
ไม่ทำ	178(94.2)	173(96.1)	5 (55.6)	
การได้รับ Strong opioid				0.330
ทำ	145(76.7)	141(78.3)	4 (44.4)	
ไม่ทำ	44 (23.3)	39 (21.7)	5 (55.6)	
สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)				0.303
โรงพยาบาล	106(56.1)	99 (55.0)	7 (77.8)	
บ้าน	83 (43.9)	81 (45.0)	2 (22.2)	

จากตารางที่ 3 แสดงผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อพิจารณาจากการดูแลที่ได้รับจริงในวาระสุดท้าย เปรียบเทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้พบว่า ได้รับการดูแลตรงตามที่บันทึกไว้ในด้านการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 97.8 การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตร้อยละ 98.9 การได้รับยากระตุ้นหัวใจร้อยละ 96.1 ซึ่งมีความแตกต่าง

ต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ และในด้านของสถานที่เสียชีวิตที่บ้าน และการได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการในระยะท้าย คิดเป็นร้อยละ 45 และ 76.3 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับการรักษาที่เกิดขึ้นจริง

การวางแผนดูแลล่วงหน้า / การรักษาที่เกิดขึ้นจริง	Risk		95%CI	P-value
	วางแผน	ไม่วางแผน		
การใส่ท่อช่วยหายใจ				
ทำ (n=9)	4 (44.4)	5(55.6)	0.04	0.01-0.12
ไม่ทำ (n=180)	176 (97.8)	4 (2.2)		<0.001*
การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต				
ทำ (n=4)	2 (50.0)	2 (50.0)	0.05	0.01-0.32
ไม่ทำ (n=185)	178 (96.2)	7 (3.8)		0.001*
การได้รับยากระตุ้นหัวใจ				
ทำ (n=11)	7 (63.6)	4 (36.4)	0.09	0.03-0.25
ไม่ทำ (n=178)	173 (97.2)	5 (2.8)		<0.001*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับการรักษาที่เกิดขึ้นจริง (ต่อ)

การวางแผนดูแลล่วงหน้า / การรักษาที่เกิดขึ้นจริง	Risk				
	วางแผน	ไม่วางแผน	Ratio	95%CI	P-value
การได้รับ Strong opioid			1.76	0.85-3.67	0.130
ทำ (n=145)	141 (97.2)	4 (2.8)			
ไม่ทำ (n=44)	39 (88.6)	5 (11.4)			
สถานที่ในการเสียชีวิต			0.07	0.49-1.03	0.069
โรงพยาบาล (n=106)	99 (93.4)	7 (6.6)			
บ้าน (n=83)	81 (97.6)	2 (2.4)			

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้ายวิเคราะห์ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ประกอบไปด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ การกวดหัวใจ เพื่อยื้อชีวิต การได้รับยากระตุ้นหัวใจ การได้รับ Strong opioid และสถานที่ในการเสียชีวิต พบว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อการลดการใส่ท่อช่วยหายใจ RR=0.04 (95%CI: 0.01-0.12, p<0.001) การลดการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต RR=0.05 (95%CI: 0.01-0.32, p=0.001) และการลดการได้รับยากระตุ้นหัวใจ RR=0.09 (95%CI: 0.03-0.25, p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่วางแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแง่สำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อการได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการในระยะท้ายและสถานที่เสียชีวิตนั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่วางแผน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงการรับบริการประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เข้ารับบริการอยู่ในช่วงที่มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง มีโอกาสได้รับการดูแลกับทีมประคับประคองประมาณ 1 เดือน ก่อนเสียชีวิต มากกว่าครึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยและปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลแม่สอด⁽⁵⁾ ผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 95.2 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับรายงานภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 36.33 และทั่วประเทศซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 54.72 ตามลำดับ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่

ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและการให้ยากระตุ้นหัวใจทั้งหมดปฏิเสธการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต ยินยอมรับการได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการในระยะท้าย ซึ่งได้รับการดูแลจริงในวาระท้ายตรงตามแผนที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Karen M Detering ที่ศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ทำตามเป้าประสงค์ที่ตนต้องการร้อยละ 86⁽⁶⁾ และการศึกษาของ Woan Shin Tan ถึงความต้องการของผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตประเทศสิงคโปร์พบว่าเลือกที่จะไม่รักษาเพื่อพุงชีพในกลุ่มโรคระยะท้ายร้อยละ 69⁽⁷⁾ การรักษาในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต พบว่าระยะเวลาการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน การเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ครั้ง ไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kara E. Bischoff⁽⁸⁾ และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พบว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้วางแผน (RR=0.04 p<0.001) สอดคล้องของการศึกษาโรงพยาบาลแม่สอด⁽⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่วางแผนการดูแลล่วงหน้ามีส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้วางแผน (P<0.01) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลดการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (RR=0.05 p=0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์⁽⁹⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งหมดไม่ได้รับการกู้ชีพ (p=0.003)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายคือ ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดการกดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และลดการใส่ยากระตุ้นหัวใจ โดยโอกาสที่จะพัฒนางานที่สำคัญคือ ปรับกลยุทธ์เพื่อจัดรูปแบบการดูแลระดับประคองให้เข้าถึงในทุกกลุ่มโรค ระยะท้ายทั้งมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งตั้งแต่แรกเริ่มวินิจฉัย เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ดูแลและครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อความรู้สึกของครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย อันจะทำให้เห็นมุมมองของครอบครัวต่อการให้บริการแบบประคับประคอง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์; 2563.
3. รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2562.
4. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) [Internet].

2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>

5. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4(1):97-111.
6. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ [Internet] 2010 Mar [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564] 23;340 (mar23 1):1345-1345. เข้าถึงได้จาก:<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.c1345>
7. Tan WS, Bajpai R, Ho AHY, Low CK, Car J. Retrospective cohort analysis of real-life decisions about end-of-life care preferences in a Southeast Asian country. BMJ Open [Internet] 2019 Feb [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564];9(2):e024662. เข้าถึงได้จาก:<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-024662>
8. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance Care Planning and the Quality of End-of-Life Care in Older Adults. J Am Geriatr Soc [Internet] 2013 Feb [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]; 61(2):209-214. เข้าถึงได้จาก:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12105>
9. สุนีย์ ณีชนะนันท์. การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562;16(1)