

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

เข็มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์* พย.ม. (พยาบาลชุมชน)

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

อณัญญา ลาอุณ วท.ม.*** (สุขศึกษา)

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และมารับการรักษาที่คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2565 จำนวน 269 ราย เก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า เกินครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.30) อายุ 71-80 ปี (ร้อยละ 28.60) ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี มะเร็งตับ และมะเร็งปอด (ร้อยละ 23.40, 17.10, 10.40) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 87.36) โดยส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 82.90) รองลงมาคือ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลและเสียชีวิตที่วัด (ร้อยละ 4.09, 0.37) ตามลำดับ และยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 12.64) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวในระยะใกล้เสียชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, คลินิกลดปวด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น นูริร์มัย

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: mininok.120422@gmail.com

วันที่รับบทความ 30 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 ตุลาคม 2566 วันตอบรับบทความ 1 พฤศจิกายน 2566

Situation of Terminally Ill Cancer, Patients Receiving Palliative Care, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province

Kemthong Treenetphaibun M.N.S.,APN (Community Nurse Practitioner)*

*Suptawee Hirungerd** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*

*Ananya Lalun*** M.Sc. (Health Education)*

Abstract:

This retrospective research aimed to study the situation of patients with cancer in the end-of life care stage. The participants were patients who have been diagnosed with cancer in terminal stage and received treatment in pain relief clinic at Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province during 1st October 2019 – 30th September 2022. There were 269 patients participating in this study. Data were collected using out-patient medical record and palliative care form. The results of the study found that the majority of the participants were male (51.30%) and aged 71-80 years (28.60%). Most of them were diagnosed with biliary duct cancer (23.40%) followed by liver cancer (17.10%) and lung cancer (10.40%). Most of them died at home (82.90%) followed by at the hospital (4.09%) and temple (0.37%) respectively, and still alive (12.64%). Moreover, patients with end-stage of life wanted to stay closely with family members in impending death stage. Thus, nurses should enhance family participation in caring for this group of patients.

Keywords: Terminal cancer patients, Palliative care, Pain relief clinic

**Professional Nurse, APN, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province.*

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Western University, buriram*

****Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Email: mininok.120422@gmail.com*

Received June 30, 2023, Revised October 30, 2023, Accepted November 1, 2023

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในช่วง 2-4 ปีที่ผ่านมาพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ ของโลก แม้ว่าความเจริญด้านการแพทย์จะก้าวหน้าไปมากก็ตาม แต่กลับพบว่าโรคนี้นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิต ตลอดจนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย¹ จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรทั่วโลก 56.8 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 67.10) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 28.20)² ประเทศไทยพบสถิติล่าสุดของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 คนต่อปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 84,073 คนต่อปี โดยพบว่า มะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทยคือ มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 39.80) รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (ร้อยละ 12.20) ส่วนเพศชายพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 20.70) รองลงมาคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (ร้อยละ 19.0)³ ในส่วนของจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์พบว่า ปี พ.ศ.2559-2561 พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งต่อประชาชนแสนคนในเพศชายและในเพศหญิง 183.10 และ 149.90 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี พ.ศ.2563 จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 24.30³ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานทั้งการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอรัโมน การรักษาแบบมุ่งเป้าและการรักษาโดยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล⁴ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เมื่อโรคเริ่มลุกลามและนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁴

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่เกิดการณ์ได้ การทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกายทรุดลงไปเรื่อยๆ จนร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติ^{5,6} และเมื่อพยาธิสภาพของโรคมมีความก้าวหน้ามากขึ้นจะไม่สามารถควบคุมหรือรักษาภาวะคุกคามนั้นได้ และเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁷ เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทรมานกับความเจ็บปวดจากโรคที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาทางการแพทย์ที่มีจำนวนมากขึ้น⁸ ปัจจุบันการดูแลระยะสุดท้ายตามหลักของการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยอาจยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางพื้นที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ งบประมาณที่ได้รับในการสนับสนุนการจัดหาที่จำเป็นหรือยาระงับปวด เป็นต้น อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีกฎหมายหรือต้นทุนทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมมาช้านานในการดูแลที่ครอบคลุมทางด้านมิติทางกาย ทางจิตวิญญาณและทางจิตสังคม และได้ให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า ยังมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบประคับประคอง (ร้อยละ 17.0)⁹ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย

ระยะแรกจนถึงระยะของการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังที่มีการสูญเสียเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลนี้ควรครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงก่อนเสียชีวิตและใกล้เสียชีวิต เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว^{7,10-11} แม้ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีการพัฒนาและทันสมัยมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าการดูแลแบบประคับประคองมีผลให้ระยะเวลาการรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบมาตรฐานทั่วไป¹¹

สถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากพบสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งมีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยรายใหม่มากขึ้นทุกปี อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็ง เนื่องจากต้องสัมผัสปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมต่างๆ ที่สะสมมาเป็นระยะเวลายาวนาน การสัมผัสสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่^{8,12} เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ แล้ว จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา โดยพบว่า เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ พร้อมกันหลายอาการ เช่น อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น¹³ ซึ่งการจัดการดูแลรักษาโรคมะเร็งมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอย อาจทำให้ส่งผลต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้¹² ซึ่งการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคองมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงมีการจัดบริการคลินิกลดปวด มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 แต่ยังคงพบ สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลสถิติ ปี พ.ศ.2557-2559 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 25, 38 และ 88 คน ตามลำดับ ซึ่งปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2565 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มารับบริการที่คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 269 คน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ศาสนา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะในการดูแลแบบประคับประคอง และสถานที่เสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (เอกสารรับรองเลขที่ 56-2565, 31-08-2565) อีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนในเวชระเบียนตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย โดยเวชระเบียนถูกจัดเก็บไว้เป็นสัดส่วนในคลินิกลดปวด โดยไม่มีบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องได้พบเห็นและไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับและจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด ซึ่งแจ้งรายละเอียดการดำเนินการวิจัยให้หน่วยงานได้รับทราบ ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมตอบข้อสงสัยต่างๆ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อย และเมื่อข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์จึงนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.30) และเพศหญิง (ร้อยละ 48.70) อายุเฉลี่ย 67.29 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี (ร้อยละ 28.60) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 61-70 ปี และ 51-60 ปี (ร้อยละ 25.30, 24.50) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 87.40) รองลงมาคือ เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม (ร้อยละ 8.90, 2.60) ตามลำดับ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.60) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี (ร้อยละ 36.23) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 23.40) รองลงมาคือ โรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 17.10, 10.40) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งแล้ว (ร้อยละ 87.36) และมีส่วนน้อยที่ยังมีชีวิตและยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 12.64) และสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 82.90) รองลงมาคือ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลและเสียชีวิตที่วัด (ร้อยละ 4.09, 0.37) ตามลำดับ (ตารางที่ 2, 3 และ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 269)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	138	51.30
หญิง	131	48.70
อายุ(ปี) (\bar{X} =67.29, S.D.=12.44, Min=24, Max=104)		
21-30	1	0.40
31-40	4	1.50
41-50	16	5.90
51-60	66	24.50
61-70	68	25.30
71-80	77	28.60
81-90	30	11.20
91 ขึ้นไป	7	2.60
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	235	87.40
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ	24	8.90
ประกันสังคม	7	2.60
จ่ายเงินเอง	3	1.10
ศาสนา		
พุทธ	268	99.60
คริสต์	1	0.40
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย(ปี) (\bar{X}=2.11, S.D.=1.04, Min=1, Max=6.0)		
1 ปี	86	31.88
2 ปี	97	36.23
มากกว่า 3 ปี	86	31.88

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละชนิดของโรคมะเร็ง (n = 269)

ชนิดของโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี	63	23.40
มะเร็งตับ	46	17.10
มะเร็งปอด	28	10.40
มะเร็งเต้านม	23	8.60
มะเร็งลำไส้ใหญ่	16	5.90
มะเร็งปากมดลูก	13	4.80
มะเร็งช่องปาก	13	4.80
มะเร็งลำไส้ตรง	12	4.50
มะเร็งกระเพาะอาหาร	8	3.0
มะเร็งตับอ่อน	6	2.20
มะเร็งรังไข่	6	2.20
มะเร็งกระดูก	5	1.90
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	5	1.90
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	5	1.90
มะเร็งหลอดอาหาร	4	1.50
มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	3	1.10
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	3	1.10
มะเร็งต่อมน้ำลายหน้าหู	2	0.70
มะเร็งต่อมลูกหมาก	2	0.70
มะเร็งสมอง	2	0.70
มะเร็งอื่นๆ (มะเร็งเยื่อช่องปาก, มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน, มะเร็งต่อมไทรอยด์)	4	1.50

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 269)

การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
ยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	34	12.64
เสียชีวิตจากโรคมะเร็งแล้ว	235	87.36

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสถานที่การเสียชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 269)

สถานที่การเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	11	4.09
บ้าน	223	82.90
วัด	1	0.37
ยังมีชีวิตอยู่	34	12.64

การอภิปรายผล ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 71-80 ปี อายุเฉลี่ย 67.29 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของชัยพร รุ่งวิจิตร และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 65.54 ปี และการศึกษาของฉลองพล สารทอง และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาแนวโน้มและการคาดการณ์อุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดจังหวัดขอนแก่นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.58) อายุเฉลี่ย ณ วันที่วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเพศชาย เท่ากับ 62.33 ปี อาจเนื่องมาจากที่ผ่านนั้นผู้สูงอายุได้สัมผัสปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งทั้งผ่านการสัมผัสสารก่อมะเร็งต่างๆ การใช้ชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่สะสมเป็นเวลายาวนาน ก่อให้เกิดการทำลายยีนสะสม ทำให้การทำงานของยีนบกพร่อง และทำให้พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งค่อนข้างสูงกว่าคนในวัยอื่นๆ ได้ ดังนั้นจึงพบว่า อายุยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น^{8,12} นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า อุบัติการณ์การพบโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มจะลดลง อาจด้วยเมื่ออายุที่มากขึ้นทำให้กระบวนการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งนั้นช้าลง กระบวนการทางพยาธิสภาพลดลงตามอายุที่มากขึ้น จึงทำให้การพบอุบัติการณ์การเกิดโรคลดลงได้ในวัยที่อายุ 90 ปีขึ้นไป¹² นอกจากนี้ปัจจุบันมีการตื่นตัวในการตรวจหาโรคมะเร็ง เนื่องมาจากนโยบายของทางภาครัฐที่ส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองที่มากขึ้น การเข้าถึงบริการและความเจริญด้านเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลและมีแผนการรักษาที่มีมาตรฐานจึงส่งผลให้มีการเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว¹⁴ เมื่อแยกตามผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแยกตามชนิดของการเกิดโรคมะเร็งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี รองลงมาโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งปอด ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรยา สาหัส และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาอุบัติการณ์และการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ของการเกิดมะเร็งตับในจังหวัดนครพนมพบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งตับเพิ่มขึ้น โดยพบอุบัติการณ์มะเร็งตับจังหวัดนครพนม 22.5 ต่อประชากรแสนคนต่อปี สอดคล้องกับการศึกษาของฉลองพล สารทอง และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งจังหวัดขอนแก่น พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 16.90 เป็น 18.88 และเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 6.60 เป็น 7.88 ดังนั้น สถานการณ์โรคมะเร็งปอดในจังหวัดขอนแก่นช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ดาวประเสริฐ และคณะ¹² ที่ศึกษาระบาดวิทยาโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน 3 อันดับแรกของเพศชายได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ส่วนเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดีและมะเร็งเต้านม และยังพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งรวมทุกชนิดสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพศชายป่วยเป็นมะเร็งลำไส้มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งตับ ในขณะที่เพศหญิงนั้นส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ ตามลำดับ¹⁶

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีเพียงส่วนน้อยที่ยังมีชีวิตอยู่ อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามของโรคทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นที่บ้าน อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าบ้านเป็นศูนย์รวมแห่งความสุข เป็นสถานที่ที่ทุกคน อยู่พร้อมหน้าของสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายผู้ป่วยอาจต้องการได้อยู่กับ บุคคลอันเป็นที่รัก ได้ใช้ชีวิตในบั้นปลาย พுகุศลในสิ่งที่ต้องการสื่อสารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวชุมชน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และสังคมชนบทอีสานมีวัฒนธรรมที่ดีมีความเอื้อ ออาทร การที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำได้ เช่น เข้าวัดทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา ซึ่งเป็นสิ่ง ยึดเหนี่ยวจิตใจแล้วยังเป็นแหล่งพบปะพูดคุยกันในสังคมชนบท ที่สำคัญสมาชิกในครอบครัวมักจะมา พบปะในหมู่เครือญาติ ดูแลทุกข์สุขคอยช่วยเหลือหรือให้ความเคารพนับถือยกย่องให้ความสำคัญทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อครอบครัว ได้รับการดูแลในทุกๆ ด้าน เนื่องจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานการรักษา⁴ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนครอบครัวผู้ดูแลอาจต้องการใช้เวลากับบุคคลในครอบครัว ต้องการพูดคุยตลอดจนได้ทำกิจกรรม ต่างๆ ร่วมกัน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญ ที่คอยให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ สำคัญของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการ รักษา^{9,17} ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า อุปนิสัยการเกิดและการเสียชีวิตจาก โรคมะเร็งนั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่าง ต่อเนื่องทุกปี รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ญาติผู้ดูแล ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรเล็งเห็นความสำคัญในการให้ความรู้บุคคลในครอบครัว โดยการสร้างความ ตระหนักและส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ตลอดจนการมี ส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อจำกัด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนจึงพบว่า ข้อมูลบางส่วนอาจไม่ ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อช่วยในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง รวมทั้งครอบครัวผู้ดูแล เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมเพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel LR, Miller D, Fuchs EH, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA CANCER J CLIN 2022;72: 7-33.
2. Knaul F, Radbruch L, Connor S, Lima LD, Arreola-Ornelas H, Carniado OM, et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide?. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
3. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Cancer registry at hospital level [Internet]. 2020. (cited 2022 Aug 27). Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
4. Palang C, Nunuan P. Social support and adaptation of cancer patients receiving services at the National Cancer Institute: case study research. Thai Cancer Journal 2020; 40(2):62-5. (In Thai)
5. Luvira V. Health care for caregivers of patients with terminal illness. Srinagarind Med J. 2013; 28(2): 266-70. (In Thai)
6. Sailungka Y, Soontaraviratana B, Moonkruakam R, Saviya J. The end-stage patient “truth and hope” by patient, caregiver and community perspective in Upper Northeast, Thailand. Academic Journal of Community Public Health 2021; 7(2): 99-117. (In Thai)
7. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020; 21(2):315-23. (In Thai)
8. Tiemtanom R. Access to health services for cancer patients Nakornping Hospital. Journal of Nakornping Hospital 2020; 11(2): 132-44. (In Thai)
9. Sungstittayakorn N, Pithayapibulpong T, Manasvanich B. Comparison between characteristics and survival outcomes of cancer and non-cancer inpatients referred to palliative care consultation services. PCFM 2021; 4(3):107-18. (In Thai)
10. Office of Medical Academic Affairs, Department of Medicine. List disease of palliative care and functional unit. Nonthaburi: Art Qualified Co., Ltd; 2016.
11. Pisuthigson M. Using Palliative Performance Scale (PPS) to predict survival lengths of palliative care patients with and without cancer. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019; 27(3): 294-302. (In Thai)
12. Daoprasert K, Pongnikorn D, Sangkam S, Parditkay M, Khamkhod K, Suwannamuang P. Cancer epidemiology of an aging population in Upper-Northern Thailand from 2013 to 2017. J Med Health Sci 2021; 28(2):66-9. (In Thai)

13. Nilmanat K, Sae-chit K. Effects of a case-based management nursing programmer for terminally Ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(3): 51-6. (In Thai)
14. Rangwichit T, Chautrakarn S, Wangrath J. Prevalence and distribution of colorectal cancer in Chiang Mai Province. Lanna Public Health Journal 2021; 17(1): 27-9. (In Thai)
15. Santong C, Sriplung H, Phunmanee A, Pattanittum P. Trends and projections of lung cancer incidence in Khon Kaen Province. Srinagarind Med J 2018; 33(3): 222-28. (In Thai)
16. Sahat O, Kamsa-ard S, Thinkhamrop Suwannatrai A, Thunyaharn N. Incidence rate and spatial analysis of liver cancer in Nakhon Phanom Province. Srinagarind Med J 2021; 36(5): 611-16. (In Thai)
17. Trapun A, Weiangkham D. Quality of life of cancer patients in Chiangkham District Phayao Province. Chiangrai Medical Journal 2019;11(2): 93-101. (In Thai)
18. Treenetphaibun K, Suaysom A, Lalun A. Factors related to quality of life of terminally Ill cancer patients receiving palliative care, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. Udonthani Hospital Medical Journal 2024; 31(2):251-61. (In Thai)