คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและผลกระทบของมอร์ฟีนต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

Health-related quality of life and impact of morphine on cancer patients receiving palliative care.

(Received: April 26,2026 ; Revised: April 29,2026 ; Accepted: May 5,2026)

ธนเมศวร์ แท่นคำ[1] ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์[2] บัณฑิต ชุมวรฐายี[2] ภูชิต ดาบภูเขียว[3] พนิดา พิทยกิตติวงศ์[4]
ธนพล ศรีวงษ์[5] สาธิตา ภัทรบุณย์พงศ์[6] กัญญาภัค ศิลารักษ์[7] วิจิตรา เสนา[8] ขจรศักดิ์ สีวาที[9] กัลยา ปังประเสริฐ[10]
Thanamet Thaenkham[1] Pattapong Kessomboon[2] Bandit Chumworathayi[2] Poochit Dabpookhiew[3]
Panida Pittayakittiwong[4] Thanapon Srivong[5] Sathita Pattarabunpong[6] Kanyapak Silarak[7]
Wijitra Sena[8] Khachornsak Seevathee[9] Kanlaya Pangprasert[10]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนโดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามลักษณะทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และแบบประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS) ในวันที่ 1 และวันที่ 30 ของการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ขณะที่อาการไม่สุขสบายหลายด้าน เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร หายใจลำบาก และท้องผูก มีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) นอกจากนี้ค่าชีวเคมีในเลือดยังบ่งชี้แนวโน้มมีผลกระทบต่อการทำงานของตับและไต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, อาการไม่สุขสบาย, ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง, มอร์ฟีน

Abstract

This study aimed to evaluate and compare the quality of life and safety among cancer patients receiving palliative care with morphine. Data were collected through questionnaires on demographic characteristics, the EQ-5D-5L for health-related quality of life, and the ESAS for Discomfort symptoms, administered on day 1 and day 30. Statistical analyses included descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. The findings indicated a trend toward decreased health-related quality of life; however, this change was not statistically significant (p > 0.05). Several symptoms, including pain, fatigue, nausea, drowsiness, anorexia, dyspnea, and constipation, showed a decreasing trend, suggesting potential improvement in patient comfort. In contrast, levels of depression and anxiety tended to increase, indicating a possible decline in psychological well-being, although these changes were also not statistically significant (p > 0.05). Additionally, blood biochemical parameters suggested a trend toward impaired liver and kidney function.

Keyword: Health-related quality of life, Discomfort symptoms, Palliative cancer patients, Morphine

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม Corresponding author, Email: Thanamet.th@npu.ac.th
[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[3] โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
[4] โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น
[5] โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
[6] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[7] โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร
[8] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[9] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[10] คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคมะเร็งนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกอย่างต่อเนื่องและยาวนาน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) หรืออีกประมาณ 24 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 35.3 ล้านราย[1] และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเป็น 18.5 ล้านราย[2]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 86,000 รายต่อปี[3] โดยโรคมะเร็งที่มีอัตราการวินิจฉัยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก[3] ภาระของโรคดังกล่าวส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 111,166 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 834,259 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2564 หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 7 เท่า[3] และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่อยู่ในระยะท้ายของการดำเนินโรค ซึ่งมักมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยแต่ละรายมักแสดงอาการหรืออาการแสดงหลายประการ โดยพบว่าอย่างน้อยมีประมาณ 5 อาการต่อราย อาทิ อาการปวด อาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย ความรู้สึกไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล เป็นต้น[4]

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งคือ “อาการปวด” ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 84[4] และนับเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง[5]

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทางมาตรฐานในปัจจุบัน นิยมใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะมอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5] อย่างไรก็ตาม การใช้มอร์ฟีนยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมหรือเกินขนาดอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะการพึ่งพายา และการกดการหายใจ[5] ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และอาจทำให้การประเมินอาการไม่สุขสบายไม่ดีขึ้น

การใช้มอร์ฟีนในขนาดที่เหมาะสม ภายใต้หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ยังคงเป็นทางเลือกสำคัญลำดับต้น ๆ ในการบรรเทาอาการปวดรุนแรงที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้[5] การจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสมจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนในต่างประเทศพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQL) ของผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป ทั้งในด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพโดยรวม[6] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีระดับอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการปวด อาการคลื่นไส้/อาเจียน ภาวะเบื่ออาหาร สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ[6]

อย่างไรก็ตามความรุนแรงของอาการบางประการ เช่น อาการคลื่นไส้และอาการง่วงนอน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการได้รับมอร์ฟีน แต่จะลดลงในระยะต่อมาระหว่างการรักษา ในขณะเดียวกัน พบว่าความอยากอาหาร ความเป็นอยู่ที่ดี ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้ามีแนวโน้มดีขึ้น[7] ทั้งนี้ การใช้มอร์ฟีนยังส่งผลให้การทำงานด้านกายภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และมีแนวโน้มช่วยปรับปรุงด้านอารมณ์ตามการประเมินด้วยแบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[7]

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของโรค และดำเนินการใน

ต่างประเทศ ขณะที่การศึกษาในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน ผลการศึกษานี้คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจทางคลินิกในการใช้มอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการพิจารณาเลือกใช้มอร์ฟีนเป็นแนวทางหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะท้ายของชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจชนิดโคฮอทแบบไปข้างหน้า (Survey Research by Prospective study)

สถานที่ทำการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และเข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (2) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (3) โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม (4) โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร (5) โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และ (6) โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

ลักษณะประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระบบใดระบบหนึ่งของร่างกาย และอยู่ระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง โดยได้รับการรักษาตามมาตรฐานด้วยมอร์ฟีน ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 6 แห่ง ตามที่ระบุในสถานที่ดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการศึกษาแบบ Cohort ในกรณีตัวแปรไม่ต่อเนื่องตามแนวทางของ Bernard (2000)[8] โดยข้อมูลที่ใช้ในการแทนค่าพารามิเตอร์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 491 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชา ทั้งนี้พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลา 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 20.00 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชามีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 48.63[9]

การคำนวณขนาดตัวอย่างดำเนินการโดยใช้โปรแกรม n4studies ซึ่งกำหนดค่าพารามิเตอร์ดังนี้ P(outcome|exposure) = 0.200, P(outcome|unexposed) = 0.486, อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง (r) = 1.000, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 โดยมีค่า Z เท่ากับ 1.959964 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = 0.20 โดยมีค่า Z เท่ากับ 0.841621 ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การปรับค่าความต่อเนื่อง (continuity correction) พบว่าขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 49 ราย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเดียว โดยเปรียบเทียบผล

ภายในกลุ่มระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจึงกำหนดเป็นจำนวน 49 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) เป็นผู้ป่วยทุกเพศ (2) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (3) ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายและอยู่ระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง (4) เข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลพล (5) เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 (6) ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนตามแนวทางมาตรฐาน (7) มีสัญชาติไทย และ (8) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดระยะเวลาของโครงการวิจัย (2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากมอร์ฟีนในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย (3) ผู้ป่วยไม่ประสงค์ให้ข้อมูลต่อ และขอยุติการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนสิ้นสุดระยะเวลาการติดตามของโครงการวิจัย

เกณฑ์การให้ถอนตัวออกจากการศึกษาและเกณฑ์การพิจารณายุติการศึกษาทั้งโครงการ ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากการวิจัยมีลักษณะเป็นการติดตามและเก็บข้อมูลจากการรักษาตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน โดยไม่มีการแทรกแซงกระบวนการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสามารถยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตามความประสงค์ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัวอื่นที่นอกเหนือจากโรคมะเร็ง สถานที่เข้ารับการรักษา ชนิดของโรคมะเร็ง ประวัติการรักษาในอดีต รูปแบบมอร์ฟีนที่ได้รับ ผลการรักษา และค่าชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่แบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงในการทดสอบซ้ำอยู่ในระดับดี โดยมีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เท่ากับ 0.89 และค่า weighted kappa coefficients อยู่ในช่วง 0.44–0.60 ในแต่ละมิติ[10] อีกทั้งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.79[11] ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.75[12] และ 0.86[13]

กระบวนการเข้าถึงอาสาสมัคร ขั้นตอนการเข้าถึงเวชระเบียนและการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยเริ่มจากการทำหนังสือราชการผ่านสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลพล เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวช

ระเบียนและข้อมูลการวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง

ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต อาการไม่สุขสบายของ และผลตรวจชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วย โดยประสานงานกับทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้วิจัยขอให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้แจ้งและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโครงการวิจัย เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ชี้แจงรายละเอียดของโครงการ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารขอความยินยอมทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ตามบันทึกเวชระเบียน พร้อมทั้งแนบแบบฟอร์มระบุช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยสะดวก เช่น หมายเลขโทรศัพท์ หรือการนัดหมายสถานที่และเวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการลงนามในเอกสารยินยอมและส่งคืนแก่ทีมวิจัยทางไปรษณีย์ตามซองที่เตรียมไว้พร้อมแสตมป์

นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลโดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านตามระบบบริการของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ภายหลังการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยขอให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ร่วมทีมแจ้งผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเข้าพบ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จะเรียกผู้ป่วยดังกล่าวว่า “ผู้ให้ข้อมูล” โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (Day 0) เป็นวันแรกที่ผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L และส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ครั้งที่ 2 (Day 30) เป็นการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยครบ 30 วัน โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เฉพาะข้อมูลค่าชีวเคมีในเลือด ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L และส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เพื่อใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรผลลัพธ์ภายหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การจัดการข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ที่ต้องมีการคำนวณค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง วิธีการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ ตัวอย่างเช่น

21235= 1 –ค่าสัมประสิทธิ์

= 1 -0.056 –0 –0.043 –0.068 –0.249

= 0.584

การแปลผลคะแนนตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตายโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนอรรถประโยชน์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนอรรถประโยชน์สำหรับแปรผลที่ได้จากเครื่องมือ EQ-5D-5L[14,15]

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา 1	มีปัญหาเล็กน้อย 2	มีปัญหาปานกลาง 3	มีปัญหามาก 4	มีปัญหามากที่สุด 5
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.266
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version 28 ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ โดยใช้สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรก่อนและหลังการศึกษา ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการไม่สุขสบาย และค่าชีวเคมีในเลือด ซึ่งประกอบด้วย Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr.), Aspartate Aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT) และ Alkaline Phosphatase (ALP)

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเลขที่รับรอง HE651077

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 48.98 และเพศหญิงร้อยละ 51.02 มีอายุระหว่าง 27–84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.57 ปี (S.D. = 12.57) ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร้อยละ 12.25 โรงพยาบาลสิรินธร ร้อยละ 20.41 โรงพยาบาลยางสีสุราช ร้อยละ 28.57 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ร้อยละ 2.04 โรงพยาบาลพล ร้อยละ 32.65 และโรงพยาบาลหนองหาน ร้อยละ 4.08

ด้านลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.06 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออยู่ในภาวะว่างงาน ร้อยละ 81.63 และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 95.92 ส่วนประวัติสุขภาพ พบว่าไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 89.80 และไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 63.27

สำหรับชนิดของโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งหลายชนิด โดยพบบ่อย ได้แก่ มะเร็งปอด ร้อยละ 14.29 มะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 12.24 มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 10.20 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 8.16 มะเร็งตับ ร้อยละ 8.16 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 6.12 มะเร็งกระดูก ร้อยละ 6.12 และมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 6.12 นอกจากนี้ยังพบมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลิ้น มะเร็งมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน มะเร็งช่องปาก มะเร็งเมโสเธลิโอมา และมะเร็งไต ซึ่งพบเท่ากันที่ร้อยละ 2.04

ในด้านประวัติการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ร้อยละ 46.94 และได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนชนิด Morphine (MST) 30 mg tablet ร้อยละ 40.82[16] ผลการรักษาโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 97.96 ผลการประเมินอาการไม่สุขสบายโดยเครื่องมือ ESAS ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนมีแนวโน้มของระดับคะแนนอาการไม่สุขสบายลดลงในหลายด้าน ได้แก่ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม/สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร สบายดีทั้งกายและใจ เหนื่อยหอบ และท้องผูก อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกันพบแนวโน้มของระดับคะแนนอาการไม่สุขสบายบางประการเพิ่มขึ้น ได้แก่ ซึมเศร้า และวิตกกังวล แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ก็ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการศึกษา จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเครื่องมือ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน

มิติสุขภาพ	**ใช้มอร์ฟีน n=49 (%)**	
	การประเมินครั้งที่ 1	**การประเมินครั้งที่ 2**
การเคลื่อนไหว		
ไม่มีปัญหา (1)	15 (30.61)	15 (30.61)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	9 (18.37)	12 (24.49)
มีปัญหาปานกลาง (3)	10 (20.41)	7 (14.29)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	5 (10.20)	6 (12.25)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	10 (20.41)	9 (18.37)
การดูแลตนเอง		
ไม่มีปัญหา (1)	21 (42.86)	21 (42.86)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	8 (16.33)	6 (12.25)
มีปัญหาปานกลาง (3)	9 (18.37)	11 (22.45)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	2 (4.08)	3 (6.12)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	9 (18.37)	8 (16.33)
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ		
ไม่มีปัญหา (1)	17 (34.69)	18 (36.74)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	9 (18.37)	4 (8.16)
มีปัญหาปานกลาง (3)	8 (16.33)	9 (18.37)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	5 (10.20)	9 (18.37)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	10 (20.41)	9 (18.37)
อาการปวด/ไม่สบายตัว		
ไม่มีปัญหา (1)	17 (34.69)	13 (26.53)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	16 (32.65)	23 (46.94)
มีปัญหาปานกลาง (3)	10 (20.41)	8 (16.33)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	6 (12.25)	4 (8.16)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	-	1 (2.04)
วิตกกังวล/ซึมเศร้า		
ไม่มีปัญหา (1)	28 (57.14)	22 (44.90)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษา จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเครื่องมือ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน

มิติสุขภาพ	ใช้มอร์ฟีน n=49 (%)	
	การประเมินครั้งที่ 1	การประเมินครั้งที่ 2
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	8 (16.33)	20 (40.82)
มีปัญหาปานกลาง (3)	11 (22.45)	5 (10.20)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	2 (4.08)	2 (4.08)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินระดับปัญหาในมิติสุขภาพในการประเมินครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ ด้านการเคลื่อนไหวพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 30.61 ด้านการดูแลตนเองพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 42.86 และด้านการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 36.74 ขณะที่ด้านอาการปวด/ไม่สบายตัว ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 46.94 และด้านวิตกกังวล/ซึมเศร้า พบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 44.90

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเครื่องมือ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ และคะแนนระดับสุขภาพระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวชี้วัด	ครั้งที่	Min	Max	Mean	Med	S.D.	95% CI		P
								Low	Up	
ใช้มอร์ฟีนn=49	คะแนนอรรถประโยชน์	1	-0.10	1.00	0.63	0.76	0.33	0.54	0.73	1.00
		2	-0.13	1.00	0.63	0.76	0.34	0.53	0.73	
	คะแนนระดับสุขภาพ	1	20	100	69.18	70	22.28	62.79	75.58	0.57
		2	30	100	67.55	70	22.69	61.04	74.07	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05,

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเมื่อพิจารณาจากคะแนนอรรถประโยชน์ระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 1.00) สำหรับคะแนนระดับสุขภาพ พบว่าในการประเมินครั้งที่ 2 มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.57)

ตารางที่ 4 ค่าชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวบ่งชี้	การวัด	Min	Max	Mean	Med	S.D.	95% CI		p
								Low	Up	
ใช้มอร์ฟีน n=49	BUN	1	5	56	15.12	12.55	8.80	12.51	17.73	0.08
	n=48	2	3	68	17.15	12.90	12.09	13.56	20.73	
	Cr.	1	0.48	5.20	1.08	0.84	0.78	0.84	1.31	0.18
	n=46	2	0.40	2.90	1.02	0.92	0.51	0.87	1.17	

ตารางที่ 4 ค่าชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวบ่งชี้	การวัด	Min	Max	Mean	Med	S.D.	95% CI		p
								Low	Up	
	AST	1	13	372	67.04	24	86.28	29.73	104.36	0.06
	n=35	2	18	348	80.70	35.50	88.50	42.43	118.96	
	ALT	1	8	297	52.57	27	71.51	21.64	83.49	0.04*
	n=35	2	11	231	52.83	31.50	52.46	30.14	75.51	
	ALP	1	36	1050	266.50	81	346.56	104.31	428.69	0.61
	n=32	2	32	1103	286	88.50	349.87	122.26	449.75	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05, BUN (Blood Urea Nitrogen) ค่าปกติระหว่าง 5 - 20 mg/dl[17], Cr. (Creatinine) ค่าปกติระหว่าง 0.6 - 1.2 mg/dl[17], AST (Aspartate transaminase) ค่าปกติระหว่าง 5 - 30 IU/L, ALT (Alanine transaminase) ค่าปกติระหว่าง 4 - 36 IU/L, ALP (Alkaline phosphatase) ค่าปกติระหว่าง 30 - 120 IU/L[18,19]

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน มีแนวโน้มของค่าชีวเคมีในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินครั้งที่ 1 อย่างไรก็ตาม ตัวแปรที่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่า ALT (Alanine transaminase) โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.04

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 62.57 ปี ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเผชิญกับอาการหรืออาการแสดงของโรคอย่างน้อย 5 อาการต่อราย[20,22] และอาการที่มีความรุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคืออาการปวด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 94[21,22]

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Klepstad ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้มอร์ฟีนมีแนวโน้มลดลง[6] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngelangel ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนมีคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร[28] อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้มอร์ฟีนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Reis และ N GS ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในรูปแบบแผ่นแปะผิวหนัง มีข้อดีมากว่าการรับประทานและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นได้[29,30] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Leppert ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้มอร์ฟีน ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้โดยเฉพาะด้านอารมณ์[7]

ดังนั้นพบว่าผลการศึกษาข้างต้นมีความไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามอาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัย การจัดการอาการอย่างเหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย[22-27] มากกว่าปัจจัยด้านการใช้มอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว กล่าวคือการใช้มอร์ฟีนอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองลดลงเพียงปัจจัยเดียว

2. อาการไม่สุขสบายเป็นตัวชี้วัดสำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน โดยพบว่าคะแนนของอาการต่าง ๆ ได้แก่

อาการปวด อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการง่วงซึมหรือสะลึมสะลือ อาการเบื่ออาหาร ความรู้สึกสบายดีทั้งทางกายและจิตใจ อาการเหนื่อยหอบ และอาการท้องผูก มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ในทางตรงกันข้าม คะแนนของอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งบ่งชี้ถึงแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากความหลากหลายของชนิดมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งส่งผลให้ลักษณะอาการที่ผู้ป่วยเผชิญมีความแตกต่างกันทั้งในด้านประเภท ความรุนแรง และการดำเนินโรค ความแปรปรวนดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการไม่สุขสบายโดยรวมไม่ลดลงเท่าที่ควร อีกทั้งในบางกรณีพบแนวโน้มของอาการไม่สุขสบายที่เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งอาจสะท้อนถึงสภาวะทางจิตใจพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีความเปราะบางอยู่เดิม แม้จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้วก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้มอร์ฟีนเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiffen ซึ่งรายงานว่ายาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ในการรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็งก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลายประการ ได้แก่ อาการท้องผูก ร้อยละ 25 อาการง่วงนอน ร้อยละ 23 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 21 อาการอาเจียน เบื่ออาหาร และเวียนศีรษะ ร้อยละ 13 นอกจากนี้ยังพบว่าอาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน ภาพหลอน และภาวะขาดน้ำ ร้อยละ 5 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอาการไม่สุขสบายหลังการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงได้[34]

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Boontasaeng ที่รายงานว่าการจัดการความปวดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด และการประสานงานกับสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล สามารถลดระดับความปวดได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 95.6 (95% CI: 84.85–99.46)[31] สอดคล้องกับการศึกษาของ Rimchaisith ที่ค้นพบว่าการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล ง่วงซึม/สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร สบายดีทั้งกายใจและเหนื่อยหอบ (p-value < 0.001)[32] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongklaw พบว่าหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน ความต่อเนื่องในการดูแล การดูแลแบบเป็นทีม การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลด้านทรัพยากรเครื่องมือ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง (x= 3.44, S.D. = 1.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[33] ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการมากกว่าการพึ่งพาการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

3. ค่าชีวเคมีในเลือด ที่เป็นตัวบ่งชี้ผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน โดยเฉพาะตัวบ่งชี้ถึงการทำงานของตับ ALT (Alanine transaminase) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value น้อยกว่า 0.05 ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยบางรายมีค่าชีวเคมีในเลือดสูงเกินเกณฑ์ปกติตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อีกทั้งแนวโน้มในช่วงที่

ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนไม่สามารถส่งผลให้ค่าชีวเคมีในเลือดลดลงได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนยังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับและมะเร็งไต การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ค่าการทำงานของตับและไตเป็นตัวชี้วัดผลกระทบในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย จึงอาจไม่สามารถทำให้ค่าชีวเคมีในเลือดซึ่งสะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลงได้ตามที่คาดหวังไว้

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Samarghandian และ Jalili ซึ่งได้ทำการทดลองและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในหนูทดลองที่ได้รับมอร์ฟีนเป็นระยะเวลานาน โดยการตรวจวัดระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) และ aspartate aminotransferase (AST) พบว่ากลุ่มที่ได้รับมอร์ฟีนมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม[35,36]

อย่างไรก็ตามตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Amnakkittikul ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการอาการทุกข์ทรมาน ด้วยยามอร์ฟีนในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า การใช้ยามอร์ฟีนทำให้อาการปวดของผู้ป่วยลดลงได้ “แม่ร้องโหยหวนมาก ร้องแทบไม่ได้นอน แต่ฉีดเข้าไปก็เงียบ เหมือนกับฉีดไปแล้วหลับได้คิดว่าไม่ให้ทรมาน หลังใช้ยาไป แกได้นอน คนเฝ้าก็ได้นอน”[37] ในบางคนกว่าจะตัดสินใจใช้มอร์ฟีนได้ก็ต้องผ่านการมีประสบการณ์การจัดการความปวดในครั้งแรกก่อน “รู้สึกกลัวเพราะคนไข้เคยอาเจียนกินแล้วกลัวจะติด เพราะคิดว่าเป็นสารเสพติด คิดว่าเป็นพวกเดียวกับกัญชา แต่พอเห็นพ่อกิน แล้วหายปวด ไม่อาเจียน อะไรที่ทำให้หายปวด ได้เบิ่ดเลยค่ะ”[37]

ดังนั้น อาจตีความได้ว่าการจัดการอาการปวดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังพบแนวโน้มว่าผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากการใช้มอร์ฟีนในระยะยาว แม้ว่ามอร์ฟีนจะมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้เป็นอย่างดี แต่ก็อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้เช่นกัน เพราะฉะนั้น การใช้มอร์ฟีนจึงควรอยู่ภายใต้การดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิดของแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณทุนสนับสนุนการศึกษา จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอบคุณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ขอบคุณแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทั้ง 49 ท่าน เป็นอย่างสูงยิ่งที่ทำให้การวิจัยสำเร็จผลเป็นอย่างดีเยี่ยม

เอกสารอ้างอิง

1.International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.(2022). Cancer Tomorrow, Estimated number of new cases from 2022 to 2050, Both sexes, age [0-85+] [Internet]. 2022. [cited 2026 Apr. 16]. Available from: https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/isotype?years=2050&types=0&single_unit=500000

2.International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.(2022). Cancer Tomorrow, Estimated number of deaths from 2022 to 2050, Both sexes, age [0-85+] [Internet]. 2022. [cited 2026

Apr. 16]. Available from: https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/isotype?years=2050&types=1&single_unit=500000

3.Hfocus.org.(2026). Thailand sees 140,000 new cancer cases annually. The National Cancer Policy Committee is accelerating plans for prevention, screening, and treatment [Internet]. 2026. [cited 2026 Apr. 19]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2026/03/37354#:~:text

4.Kokaew S, Wangkahad R.(2024). Symptom distress and factors related to symptom distress in advanced cancer patient at Lopburi Cancer Hospital. Thai cancer journal [internet]. 2024 [cited 2026 Apr. 20];43(3):107-19. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/269730

5.Molek R, Thanapapothiwat T, Kongchaiphome K, Sombutboon M, Preechakoon B.(2020). Is Morphine for Euthanasia?. J Chulabhorn Royal Acad [internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 20];2(1):14-2. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/224953

6.Klepstad P, Borchgrevink PC, Kaasa S.(2000). Effects on cancer patients' health-related quality of life after the start of morphine therapy. J Pain Symptom Manage [internet]. 2000 [cited 2026 Apr. 13];20(1):19-26. Available from: https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00167-6

7.Leppert W, Nosek K.(2019). 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 [internet]. 2019 [cited 2026 Apr. 13];25(30):3216-3224. Available from: https://doi.org/10.2174/1381612825666190717091230

8.Bernard, H.(2000). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches, Sage, Thousand Oaks. 2000.

9.Phansila N, Wongkongdech R, Sittiwech C.(2026). Survival Rate of Cholangiocarcinoma, Hepatocellular Patients Received Cannabis Treatment [Internet]. 2021. [cited 2026 Apr. 16]. Available from: https://www.semanticscholar.org/reader/ac0c84be4728a952299d5f1fefbff90356feb921

10.Sonsa-ardjit, N, Sakthong, P.(2015). Reliability and validity of the Thai version of EQ-5D-5L questionnaire on patients with chronic disease. Chula Med J [Internet]. 2015 [cited 2026 April 16];59(5):489-501. Available from: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/603

11.Seng JJB, Kwan YH, Fong W, Phang JK, Lui NL, et al.(2026). Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. European journal of rheumatology [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 16];7(2):71–78. Available from: https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2020.19043

12.Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U.(2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). Journal of pain and symptom management [Internet]. 2011 [cited 2026 Apr. 16]; 42(6):954–960. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020

13.Donlan J, Zeng C, Indriolo T, Li L, Zhu E, Zhou J, et al.(2024). The Edmonton Symptom Assessment System is a valid, reliable, and responsive tool to assess symptom burden in decompensated cirrhosis. Hepatology communications [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr. 17];8(4):e0385. Available from: https://doi.org/10.1097/HC9.0000000000000385

14.Patthanaphesach J.(2018). Health quality of life questionnaire EQ-5D-5L [Internet]. Bangkok: Center for continuing pharmacy education (Thailand) [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr. 26]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=416

15.Thaenkham T, Kessomboon P, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, et al.(2026). Quality of life and effects of cannabis use in cancer patients receiving palliative care. J Nurs Sci Health [internet]. 2025 [cited 2026 Apr. 22];48(1):62-67. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/271431

16.Thaenkham T, Kessomboon P, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, et al.(2025). Survival Rates, Quality of Life and Side Effects of Medical Cannabis in Patients with Palliative Cancer in Thailand. J. Curr. Sci. Technol. [internet]. 2025 [cited 2026 Apr. 18];15(2):108. Available from: https://ph04.tci-thaijo.org/index.php/JCST/article/view/6991

17.Hosten AO.(1990). BUN and Creatinine. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 193. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305/

18.Gowda S, Desai PB, Hull VV, Math AA, Vernekar SN, Kulkarni SS.(2009). A review on laboratory liver function tests. Pan Afr Med J [internet]. 2009 [cited 2026 Apr. 18];3:17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21532726/

19.Lala V, Zubair M, Minter DA.(2026). Liver Function Tests. [Updated 2023 Jul 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. [cited 2026 Apr. 16]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482489/

20.Grond S, Zech D, Diefenbach C, et al.(1994). Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. J Pain Symptom Manage [internet]. 1994 [cited 2026 Apr. 20];9:372–382. Available from: https://doi: 10.1016/0885-3924(94)90174-0.

21.Twycross R, Harcourt J, Bergl S.(1996). A survey of pain in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage [internet]. 1996 [cited 2026 Apr. 20];12:273–282. Available from: https://doi: 10.1016/s0885-3924(96)00149-2.

22.Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ.(2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol [internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 20];38(9):905-914. Available from: https://doi:10.1200/JCO.19.00470

23.Higginson IJ, Costantini M.(2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. Eur J Cancer [internet]. 2008 [cited 2026 Apr. 21];44:1414–1424. Available from: https://doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.024.

24.Kehl KA.(2006). Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. Am J Hosp Palliat Care [internet]. 2006 [cited 2026 Apr. 21];23:277–286. Available from: https://doi: 10.1177/1049909106290380.

25.Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al.(2026). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. Qual Life Res [internet]. 1994 [cited 2026 Apr. 22];3:183–189. Available from: https://doi: 10.1007/BF00435383.

26.Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al.(2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA [internet]. 2004 [cited 2026 Apr. 22];291:88–93. Available from: https://doi: 10.1001/jama.291.1.88.

27.Cheville AL, Alberts SR, Rummans TA, et al.(2026). Improving adherence to cancer treatment by addressing quality of life in patients with advanced gastrointestinal cancers. J Pain Symptom Manage [internet]. 2015 [cited 2026 Apr. 20];50:321–327. Available from: https://doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.005.

28.Ngelangel CA, Laudico AV, Villalon AH, Guevarra FM, Esteban DB, Abesamis MM, et al.(1993). Quality of life among Filipino cancer pain patients on one-month oral NSAID or morphine. Philippine Journal of Surgical Specialties [internet]. 1993 [cited 2026 Apr. 22];48(3):99-101. Available from: https://pjim.herdin.ph/index.php/partner?view=research&cid=29943

29.Reis PS, Kraychete DC, Pedreira E de M, et al.(2025). Transdermal Opioids and the Quality of Life of the Cancer Patient: A Systematic Literature Review. Annals of Pharmacotherapy [internet]. 2025 [cited 2026 Apr. 23];59(1):47-60. Available from: https://doi:10.1177/10600280241247363

30.N GS, Deka A, Dakua D.(2022). Compliance, efficacy and quality of life for oral morphine versus transdermal fentanyl patch in management of cancer pain. Int J Res Med Sci [Internet]. 2022 [cited 2026 Apr. 22];10(3):666-670.Available from: https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/10427

31.Boontasaeng P, Chumworathayi B, Piasupun P.(2021). Outcome of Pain Management Program in Gynecological Cancer Patients Who Received Palliative Care in Srinagarind Hospital. Srinagarind Med J [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr. 23];36(1):90-96. Available from: https://www.thaidj.org/index.php/smnj/article/view/9721

32.Rimchaisith W.(2024). Effects of Home Morphine Subcutaneous Infusion to Palliative Care Patients Using an Opioids Box: Case Study in Muang District, Udonthani. Udonthani Hospital Medical Journal [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr. 23];32(1):13-25. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/269005

33.Wongklaw W, Sopsamai I.(2023). Effective of Palliative Nursing Practice Guidelines Development. Journal of Health and Environmental Eucation [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr. 23];8(2):339-50. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265756

34.Wiffen PJ, Derry S, Moore RA.(2014). Impact of morphine, fentanyl, oxycodone or codeine on patient consciousness, appetite and thirst when used to treat cancer pain. Cochrane Database Syst Rev [internet]. 2014 [cited 2026 Apr. 23];(5):CD011056. Available from: https://doi:10.1002/14651858.CD011056.pub2

35.Samarghandian S, Afshari R, Farkhondeh T.(2026). Effect of long-term treatment of morphine on enzymes, oxidative stress indices and antioxidant status in male rat liver. Int J Clin Exp Med [internet]. 2014 [cited 2026 Apr. 25];7(5):1449-1453. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4073771/

36.Jalili C, Rashidi I, Roshankhah S, Jalili F, Salahshoor MR.(2020). Protective Effect of Genistein on the Morphine-Induced Kidney Disorders in Male Mice. Electron J Gen Med [internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 25];17(3):em213. Available from: https://doi.org/10.29333/ejgm/7874

37.Amnakkittikul S.(2021). Caregiver's experience in suffering symptom management with morphine drug in patients with advance cancer receiving palliative care at home [Internet]. 2021. [cited 2026 Apr. 25]. Available from: https://thaifammed.org/academic_work/research-abstract-2564/