



ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สุพัตรา คงปลอด พย.ม* นิตยา สักดีสุภา พย.ม** ทิพา เกียรติปานอภิกุล พ.บ.***

*ศูนย์อำนวยการวิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

**หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

***อายุรแพทย์โรคมะเร็ง กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

บทคัดย่อ

วันรับบทความ: 17 มีนาคม 2565

วันแก้ไขบทความ: 30 พฤษภาคม 2565

วันตอบรับบทความ: 1 มิถุนายน 2565

บทนำ: โรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อโรคมะเร็งดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานแต่รวมถึงญาติผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงสังเกตการณ์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - ตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 104 คนและญาติผู้ดูแลจำนวน 104 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองฉบับของผู้ป่วยและฉบับของญาติผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง โดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ในช่วงวันที่ 1-3 หลังจากเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังจากการประเมิน ครั้งที่ 1 ภายใน 3-7 วัน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon t-test และ Mann-Whitney U test

ผลวิจัย: พบว่า ค่าคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลพบว่า ไม่แตกต่างกันทั้งสองช่วงเวลา

สรุป: จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการทางกายและทางใจของผู้ป่วยได้ และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยในทิศทางเดียวกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ตรงตามความรู้สึของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติผู้ดูแล ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง



บทความวิจัย

Research Article

The palliative care outcome scale of cancer patients and caregiver's perceptions at Charoenkrung Pracharak Hospital

Supattra Kongplod MNS* Nittaya Suksupa MNS** Thiva Kiatpanabhikul MD***

*Anantachevarak Center, Charoenkrung Pracharak Hospital

** Chief Nurse, Nurses service organization, Charoenkrung Pracharak Hospital

*** Oncologist, Medical department, Charoenkrung Pracharak Hospital

Abstract

Received: March 17, 2022

Revised: May 30, 2022

Accepted: June 1, 2022

Introduction: Cancer is a disease that threatens the quality of life for both the patient and their family. As the cancer progresses to its late stage, the patient suffers from a range of physical and mental disturbances. The problems that follow are not only the patient's suffering, but also the relatives caregiver's for them.

Objective: The purpose of this research is to investigate the Palliative Care Outcomes of cancer patients and the perceptions of caregivers.

Materials and Methods: The study is observational descriptive cross-sectional study. The sample group consisted of cancer patients who had been diagnosed by a physician and decided to get palliative care treatment at Charoenkrung Pracharak Hospital between February and October of 2020. A purposive sampling technique was used to select 104 cancer patients and 104 caregivers. The personal records form and the Palliative Care Outcome Scale as research instruments, with different versions for the cancer patient and caregivers. The data was measured and gathered twice in two different time periods. The Wilcoxon t-test and Mann-Whitney U test were used to perform a statistical comparison.

Results: The palliative care outcome score for cancer patients, caregivers, and relatives were significantly different between the first and second measurements ($p < 0.001$). However, when both time periods of measures were determined, caregivers no significant differences in scores from their patients.

Conclusions: This study supports the theory that palliative care can relieve patients lessen their physical and emotional problems. It also promotes cancer patients and caregivers to recognize the illness's state in the same way. This also enables caregivers to identify the patient's symptoms based on the patient's real feelings and promptly support the patient in improving their quality of life.

Keyword: cancer patients, caregiver, palliative care outcome scale

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และนวัตกรรมการรักษาแต่โรคมะเร็งก็ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก¹ รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานสถิติสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2560 – 2561 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เท่ากับ 120.5 และ 123.3 ต่อประชากร 100,000 คน² ตามลำดับ เช่นเดียวกับรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2560 - 2561 พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 157 และ 177 ราย³ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อโรคมะเร็งดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจจนกระทั่งเสียชีวิต⁴ ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่รวมถึงญาติผู้ดูแล (caregiver) และครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักเช่นกัน

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจะต้องสามารถประเมินและจัดการปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยได้⁵ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อชีวิต โดยมุ่งหวังเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดการช่วยเหลือบรรเทาอาการรบกวนทางร่างกาย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย และอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ การดูแลสถานะจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ⁶ ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองควรทำควบคู่ไปกับการดูแลพื้นฐานในผู้ป่วยโรคมะเร็งจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางกายได้⁷

การประเมินผลลัพธ์จากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการค้นหาปัญหาและมีการเปรียบเทียบปัญหา อาการรบกวนของผู้ป่วย ตลอดจนความต้องการต่าง ๆ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้มีการศึกษาแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale) และแปลเป็นภาษาไทย โดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁸ ซึ่งเป็นแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ฉบับสำหรับพยาบาลและฉบับสำหรับญาติผู้ดูแลและได้นำไปทำการศึกษาโดย ปณัดดา สุวรรณ และคณะ⁹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทั้งสองระยะเช่นเดียวกับการศึกษาของ ภักวีร์ นาคะวิโร¹⁰ พบว่า คะแนนรวมก่อนและหลังการดูแลแบบ

ระดับประครองของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ฝ่ายการพยาบาลร่วมกับกลุ่มงานอายุรกรรม ดำเนินการจัดทำโครงการจัดตั้งศูนย์นันทชีวะรักษ์ ในปี พ.ศ. 2561 เพื่อเป็นศูนย์ให้การดูแลและให้การปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การ

อนามัยโลก¹¹ มี 6 ด้าน คือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) ดูแลบรรเทาลดความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) การดูแลเป็นทีม 5) ส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ 6) เป้าหมาย

การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายโดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อติดตามดูแลให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงเจตจำนงไว้ และติดตามครอบครัวหลังสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก^{12,13}

อย่างไรก็ตามจากการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นการค้นหาปัญหาและการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาอาการรบกวนของผู้ป่วยตลอดจนความต้องการต่าง ๆ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสังเกตเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (observational, descriptive, cross-sectional study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าควรรักษาแบบประคับประคองเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาและลงความเห็นว่าจะรักษาแบบประคับประคองเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - ตุลาคม พ.ศ. 2563 และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง เกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป แพทย์ผู้รักษาพิจารณาส่งใบปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาที่ศูนย์นันทชีวะรักษ์และผู้ป่วยสมัครใจรับการรักษารักษาแบบประคับประคองผู้ป่วย

และญาติผู้ดูแลทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง สามารถเข้าใจภาษาไทย และให้ข้อมูลได้มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย PPS 40 - 100 % มีญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยระยะนี้ตลอดช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ป่วยขอยกจากการวิจัยในกรณีผู้ป่วยตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 แล้วผู้ป่วยกลับบ้าน

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง และมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยระยะนี้ตลอดช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่หวังค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง สามารถเข้าใจภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ ผู้ป่วยในความดูแลเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติผู้ดูแลขอยกจากการวิจัยในกรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ญาติเป็นผู้ดูแล ตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 แล้วผู้ป่วยกลับบ้าน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้อ้างอิงจำนวนประชากรจากผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ใน ปี พ.ศ 2561 และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย PPS 40 - 100 % ทั้งหมดจำนวน 110 ราย ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จากตาราง Krejcie and Morgan (1970)¹⁴ กำหนดเป็น กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง 86 ราย และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล 86 ราย เพื่อป้องกันการถอนตัว (dropout) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง เท่ากับ 104 ราย และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล เท่ากับ 104 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัว การวินิจฉัยโรค

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

3. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย (Palliative Care Outcome Scale: POS) (ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ซึ่งพัฒนาโดย Higginson I, et al., King's college, London, United Kingdom.^{8, 15} ในการศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย (Palliative Care Outcome Scale for Patient: POS-P) และฉบับที่ใช้สอบถามญาติผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative Care Outcome Scale for Carers : POS-C) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index :CVI) เท่ากับ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน ถ้าคะแนนเข้าใกล้ 0 หรือเป็น 0 แสดงว่ามี ผลลัพธ์การดูแลที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale Adult Suandok หรือ PPS- Adult Suandok) ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แปลมาจากแบบประเมิน

Palliative Performance Scale Version 2 ของ Downing M, et al., Victoria Hospice, Canada ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index :CVI) เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.92¹⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เป็นเครื่องมือใช้ในการคัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างมี PPS 40-100 % (หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บอกความต้องการของตนเองได้ การรับประทานอาหารปกติหรือลดลง ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง หรือต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติหรือทำได้น้อยลงจากการลุกลามของโรคการเคลื่อนไหวปกติหรือลดลง หรือนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งหมดจำนวน 2 ครั้ง โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลตอบแบบประเมินในวันเดียวกัน ทั้งครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ในช่วงวันที่ 1-3 หลังจากเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองของศูนย์อเนกชีวิต รพ.โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 รวบรวมข้อมูลหลังจากการประเมิน ครั้งที่ 1 ภายใน 3-7 วัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามคำแนะนำการใช้เครื่องมือวิจัยฉบับนี้¹¹

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ N005h/62 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 และได้รับการสนับสนุนทุนส่งเสริมการวิจัยทาง

การแพทย์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดย Wilcoxon t-test โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p < 0.05$ และเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลตามช่วงเวลาการศึกษครั้งที่ 1 และ 2 โดยสถิติ Mann-Whitney U test โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 104 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.85) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 58 อายุเฉลี่ย 61.36 ปี (SD 10.71) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 46.15 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.39 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.19 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 22,451 บาท (SD 7,851.63) การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดร้อยละ 21.15 รองลงมา โรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.26 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีระดับ PPS เท่ากับ 40 ร้อยละ 43.27 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n = 104)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็ง		จำนวน (n = 104)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	56	53.85
	หญิง	48	46.15
อายุ ($\bar{X}$ = 61.36, SD = 10.71, min = 39, max = 80)			
	< 60 ปี	46	44.23
	$\geq$ 60 ปี	58	55.77
สถานภาพ			
	โสด	13	12.50
	คู่	48	46.15
	หม้าย/หย่า/แยก	43	41.35
อาชีพ			
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	9.62
	พนักงานบริษัท	8	7.69
	รับจ้าง	25	24.03
	ค้าขาย	19	18.27
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42	40.39
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	39	37.50
	มัธยมศึกษา	30	28.85
	อนุปริญญา	13	12.50
	ปริญญาตรี	20	19.23
	เกษตรกร	2	1.92
สิทธิการรักษา			
	ต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ	17	16.35
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	73	70.19
	ประกันสังคม	14	13.46
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($\bar{X}$ = 22,451, SD = 7,851.63, min = 10,000, max = 40,000)			
	10,000 - 20,000 บาท	62	59.62
	20,001 - 30,000 บาท	31	29.81
	30,001 - 40,000 บาท	11	10.57

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n = 104) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	จำนวน (n = 104)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งปอด	22	21.15
มะเร็งเต้านม	19	18.27
มะเร็งตับ	13	12.50
มะเร็งปากมดลูก	9	8.66
มะเร็งลำไส้	8	7.69
มะเร็งมดลูก	7	6.73
มะเร็งต่อทางเดินน้ำดี	5	4.82
มะเร็งต่อมลูกหมาก	4	3.85
มะเร็งกระเพาะอาหาร	4	3.85
มะเร็งรังไข่	3	2.88
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	3	2.88
มะเร็งสมอง	3	2.88
มะเร็งตับอ่อน	2	1.92
มะเร็งหลังโพรงจมูก	2	1.92
ระดับ PPS		
40	45	43.27
50	36	34.62
60	23	22.11

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล

จำนวนกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 104 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.12) อายุเฉลี่ย 45.81 ปี (SD 9.52) สถานภาพโสด ร้อยละ 54.81 มีการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษา ร้อยละ 31.73 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.77 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 47.12) มีสัมพันธภาพเป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 43.27 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 5.57 เดือน (SD 4.11)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล (n = 104)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล		จำนวน (n = 104)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	30	28.88
	หญิง	74	71.12
อายุ ($\bar{X}$ = 45.81, SD = 9.52, min = 23, max = 70)			
	21 - 30 ปี	7	6.73
	31 - 40 ปี	30	28.85
	41 - 50 ปี	35	33.65
	51 - 60 ปี	27	25.96
	61 - 70 ปี	5	4.81
สถานภาพ			
	โสด	57	54.81
	คู่	34	32.69
	หม้าย/หย่า/แยก	13	12.50
การศึกษา			
	ประถมศึกษา	11	10.58
	มัธยมศึกษา	33	31.73
	อนุปริญญา	25	24.04
	ปริญญาตรี	32	30.77
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.88
อาชีพ			
	ข้าราชการ	10	9.62
	พนักงานบริษัท	24	23.08
	รับจ้าง	11	10.57
	ค้าขาย	10	9.61
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49	47.12
สัมพันธภาพ			
	บิดา/มารดา	4	3.85
	สามี/ภรรยา	27	25.96
	บุตร	45	43.27
	พี่/น้อง	15	14.42
	ญาติ	13	12.50
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 5.57, SD = 4.11, min = 2, max = 24)			
	1-12 เดือน	97	93.27
	13-24 เดือน	7	6.73

3. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล

ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ นำเสนอโดยการแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ ครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งที่ 1 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูล โดยการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov one sample test พบว่า การกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ จึงได้ทดสอบเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดยสถิติ Wilcoxon t-test พบว่า ค่าคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ เมื่อมีการทดสอบค่า

คะแนนรายข้อ พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ข้อที่ 1-8 ได้แก่ ข้อคำถาม อาการปวด อาการอื่น ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก ความหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษา สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหรือเพื่อนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกดีกับตัวเอง ครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ส่วน คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ข้อที่ 9-10 ได้แก่ ข้อคำถาม การเสียเวลาในการนัดหมาย การแก้ปัญหาการเงินและเรื่องส่วนตัว ครั้งที่ 1 ไม่แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายข้อตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล

รายการ	คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง							
	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=104)				ญาติผู้ดูแล (n=104)			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	Z	p-value	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	Z	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
1. อาการปวด	2.97 (0.71)	1.36 (0.61)	8.632	<0.001*	3.01 (0.75)	1.37 (0.62)	8.508	<0.001*
2. อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก	3.00 (0.65)	0.92 (0.47)	8.932	<0.001*	2.98 (0.69)	1.04 (0.41)	8.868	<0.001*
3. ความหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษา	2.86 (0.56)	0.75 (0.57)	8.991	<0.001*	2.87 (0.55)	0.78 (0.59)	8.874	<0.001*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายข้อตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล (ต่อ)

รายการ	คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง							
	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=104)				ญาติผู้ดูแล (n=104)			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	Z	p-value	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	Z	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
4. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือเพื่อนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย	3.13 (0.44)	0.79 (0.73)	8.950	<0.001*	3.11 (0.43)	0.90 (0.78)	8.927	<0.001*
5. การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา	2.57 (0.49)	0.67 (0.56)	8.969	<0.001*	2.55 (0.50)	0.68 (0.57)	8.855	<0.001*
6. การระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน	2.85 (0.67)	0.91 (0.39)	9.008	<0.001*	2.87 (0.67)	0.90 (0.43)	8.976	<0.001*
7. ความรู้สึกเศร้าใจ	2.23 (0.49)	0.87 (0.44)	9.053	<0.001*	2.23 (0.48)	0.86 (0.47)	9.080	<0.001*
8. ความรู้สึกดีกับตัวเอง	2.84 (0.44)	0.59 (0.49)	9.087	<0.001*	2.80 (0.44)	0.58 (0.49)	9.098	<0.001*
9. การเสียเวลาในการนัดหมาย	0.97 (0.49)	0.94 (0.45)	0.615	0.531	1.02 (0.55)	0.99 (0.53)	1.732	0.083
10. การแก้ปัญหา การเงินและเรื่องส่วนตัว	1.83 (0.42)	1.80 (0.42)	1.732	0.083	1.72 (0.47)	1.68 (0.48)	1.633	0.102
ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	25.24 (2.58)	9.60 (1.51)	8.866	<0.001*	26.69 (2.52)	8.49 (1.44)	8.869	<0.001*

ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลโดยแบ่งตามระดับ PPS พบว่า ค่าคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบ

ประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ในระดับ PPS=40 ระดับ PPS=50 และระดับ PPS=60 ครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลโดยแบ่งตามระดับ PPS

รายการ	คะแนนผลลัพ์การดูแลแบบประคับประคอง							
	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง				ญาติผู้ดูแล			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	Z	p-value	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	Z	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ระดับPPS=40 (n=45)	24.73 (2.74)	9.64 (1.40)	5.850	<0.001*	25.71 (2.61)	8.38 (1.51)	5.852	<0.001*
ระดับPPS=50 (n=36)	25.08 (2.50)	9.81 (1.73)	5.248	<0.001*	26.00 (2.31)	8.50 (1.57)	5.251	<0.001*
ระดับPPS=60 (n=23)	24.81 (2.15)	9.00 (1.22)	4.030	<0.001*	24.95 (2.67)	8.71 (1.45)	4.026	<0.001*

4. เปรียบเทียบคะแนนผลลัพ์การดูแลแบบประคับประคองตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูลโดยการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smir6/23/2022nov one sample test พบว่า การกระจายตัวของข้อมูลเป็น โคนึงไม่ปกติ

จึงใช้สถิติ Mann Whitney U test ผลวิเคราะห์คะแนนผลลัพ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลโดยแบ่งตามระดับ PPS และวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ค่าคะแนนผลลัพ์ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองช่วงเวลาดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพ์การดูแลแบบประคับประคองคะแนนรวมตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งตามระดับ PPS

	คะแนนผลลัพ์การดูแลแบบ ประคับประคอง	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง		ญาติผู้ดูแล		Z	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ครั้งที่ 1	ระดับ PPS=40 (n=45)	24.73	2.74	25.71	2.61	0.788	0.430
	ระดับ PPS=50 (n=36)	25.08	2.50	26.00	2.31	0.596	0.551
	ระดับ PPS=60 (n=23)	24.81	2.15	24.95	2.67	0.368	0.713
	ผลลัพ์การดูแลแบบ ประคับประคองรวม (n=104)	25.24	2.58	26.69	2.52	0.059	0.953

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองคะแนนรวมตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งตามระดับ PPS (ต่อ)

	คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคอง	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง		ญาติผู้ดูแล		Z	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ครั้งที่ 2	ระดับ PPS=40 (n=45)	9.64	1.40	8.38	1.51	0.828	0.407
	ระดับ PPS=50 (n=36)	9.81	1.73	8.50	1.57	0.956	0.339
	ระดับ PPS=60 (n=23)	9.00	1.22	8.71	1.45	0.543	0.587
	ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองรวม (n=104)	9.60	1.51	8.49	1.44	1.873	0.061

อภิปรายผล

การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 104 คน และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล จำนวน 104 คน พบว่าค่าคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการดูแลแบบประคับประคองของศูนย์นันทชีวะรักษ์ที่ได้ดำเนินการตามแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก¹¹ มี 6 ด้าน คือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยมีกิจกรรม กระบวนการประชุมครอบครัวเพื่อการวางแผนการรักษาล่วงหน้า 2) ดูแลบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้านโดยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการใช้ยากลุ่ม opioid รวมถึงการประคบและ

ร่วมจัดการปัญหาอื่น ๆ ที่รบกวนผู้ป่วยและครอบครัว 3) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีบริการให้คำปรึกษาทางสื่อสารสังคม ติดตามผู้ป่วยระบบผู้ป่วยนอก ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน 4) การดูแลเป็นทีมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ที่ปรึกษา พยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และส่งต่อข้อมูลลงสู่การดูแลในชุมชน 5) ส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล มีอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น และ 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้าย โดยมีการติดตามดูแลให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงเจตจำนงไว้ และติดตามดูแลครอบครัวหลัง

สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ¹⁷ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายลดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปันดดา สุวรรณ และคณะ⁹ พบว่าคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบการทดสอบค่าคะแนนรายข้อ พบว่า คะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ข้อที่ 1-8 ได้แก่ ข้อคำถาม อาการปวด อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก ความหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษา สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหรือเพื่อนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกดีกับตัวเอง ครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลแบบประคับประคองของศูนย์นันทชีวิรักษ์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ด้านร่างกาย ประเมินและจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ จากภาวะของโรค ด้านจิตใจ ค้นหาคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ด้านสังคม ประเมินความพร้อมของครอบครัวและญาติผู้ดูแล และด้านจิตวิญญาณ ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของบุคคล การค้นหาปรารถนา

สุดท้าย (last wish) รวมทั้งการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลและครอบครัว ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ส่วนคำถามข้อที่ 9 การเสียเวลาในการนัดหมาย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าคะแนนผลลัพธ์จึงไม่แตกต่างกัน ส่วนคำถามข้อที่ 10 การแก้ปัญหา การเงินและเรื่องส่วนตัว ค่าคะแนนผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันเนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกันเพียง 3-7 วัน ซึ่งการดูแลที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำ จึงทำให้ปัญหาของผู้ป่วยส่วนนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ ปันดดา สุวรรณ และคณะ⁹ ที่วัดผลถึง 3 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 7 - 14 วัน ปัญหาผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ค่าคะแนนผลลัพธ์จึงแตกต่างกัน

ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดยแบ่งตามระดับ PPS พบว่า ค่าคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ในระดับ PPS = 40 ระดับ PPS = 50 และระดับ PPS = 60 ครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่อยู่ในระดับ PPS 40 ขึ้นไป สามารถรับรู้ข้อมูลและกระบวนการดูแลแบบประคับประคองและสามารถให้ข้อมูลอาการต่าง ๆ ของตนเองได้ทำให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ตามช่วงเวลาการศึกษา

ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลโดยแบ่งตามระดับ PPS และภาพรวมพบว่า คะแนนผลลัพธ์ตามช่วงเวลาการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของศูนย์อำนวยการที่ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูล คำแนะนำและการร่วมวางแผนการดูแลรวมทั้งการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหาต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างครอบคลุม ส่งผลให้การรับรู้สถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องสามารถประเมินและจัดการปัญหาได้ตรงความต้องการของผู้ป่วยจึงให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความสามารถในการประเมินและให้การดูแลของญาติมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

สรุป

การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการทางกายและทางใจของผู้ป่วยได้ และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลรับรู้สถานะความเจ็บป่วยในทิศทางเดียวกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ตรงตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองกับขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจะสามารถประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ หัวหน้าพยาบาล แพทย์ที่ปรึกษา การดูแลแบบประคับประคองและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer control programme [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 10]. Available from: <http://who.int/cancer/en/>.
2. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตาราง 2.3.1 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุ (บท) การตาย 10 กลุ่มแรก (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2557-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf.
3. หน่วยวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. รายงานสถิติสาเหตุการตายผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2560-2561. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์; 2561.

4. วริศรา ลูวีระ. การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 28: 266-70.
5. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557; 20: 10-22.
6. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 16]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
7. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2014 [internet]. 2014 [cited 2019 Jan 5]; 383:1721-30. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62416-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62416-2/fulltext).
8. ลดารัตน์ สาทินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
9. ปนัดดา สุวรรณ, ลดารัตน์ สาทินันท์, ธนพัฒน์ ไชยป้อ, ตูลา วงศ์ปาลี, วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์, เรไร พงศ์สถาพร. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2560; 44: 89-103.
10. ภัควีร์ นาคะวิโร. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560; 7: 11-23.
11. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สื่อตะวันออก; 2559.
12. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
13. พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงษ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
14. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์ 2557; 12: 112-25.
15. Bausewein C, Daveson BA, Currow DC, Downing J, Deliens L, Radbruch L, et al. EAPC White paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services- recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) task force on outcome measurement. Palliative Medicine 2015; 30: 6-22.

16. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med 2012; 26: 1034-41.
17. พัชรีรัตน์ อ้นสีแก้ว, เขาวรัตน์ มัชฌิม, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 21: 315-23.