

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระดับ ระยะท้ายต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง

สุธิสา เต็มทับ¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

กิตติกร นิลมานันต์² พร.ด. (การพยาบาล)

ไพเราะ พ่อน้อย³ พย.บ.

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสามารถใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง รวม 36 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมมา รวม 5 วัน มี 5 ขั้นตอน คือ (1) ค้นหาและคัดเลือกผู้ป่วย (2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา (3) วางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (4) ดำเนินการตามแผน และ (5) ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบวัดการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการใช้ Edmonton Symptom Assessment และ 2) แบบวัดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ใช้ Palliative Care Outcome Scale เครื่องมือฉบับภาษาไทย ทั้ง 2 ชุด มีค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่คู่ ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าโปรแกรมมา (1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมา อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 10.49, p < 0.001$) และ (2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.90, p < 0.001$) โปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล สามารถนำไปใช้เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้าย ซึ่งควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และติดตามในระยะยาว

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2564; 8(2): 41-53

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณีโดยพยาบาล มะเร็งระดับระยะท้าย ความทุกข์ทรมานจากอาการ
ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

¹พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ผู้รับผิดชอบหลัก, Email: tsutisa@medicine.psu.ac.th

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 30 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 11 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 12 พฤศจิกายน 2564

Effects of Nurse Case Management Program for Patients with Terminal Stage Hepatocellular Carcinoma on Perception of Symptom Induced Suffering and Palliative Care Outcome

Suthisa Temthup¹ M.N.S. (Adult Nursing)

Kittikorn Nilmanat² Ph.D. (Nursing)

Phairoh Phonu³ B.N.S.

Abstract: Patients with terminal stage hepatocellular carcinoma suffers both physically and mentally. Nurse case management can help alleviate the suffering of terminal stage patients. This quasi-experimental research with one - group pretest-posttest design aimed to determine the effects of a nurse case management program on perception of symptom induced suffering and palliative care outcomes among patients with terminal stage hepatocellular carcinoma. The sample was 36 patients with terminal stage hepatocellular carcinoma who were admitted to a medical ward of a tertiary hospital. The 5-day program composed of 5 stages: (1) identifying and selecting the target patients; (2) assessing and examining the problems; (3) planning case-based care; (4) implementing the care plan; and (5) evaluating the outcomes. Research instruments consisted of: 1) the Thai version of the Edmonton Symptom Assessment; and 2) the Thai version of the Palliative Care Outcome Scale. The Cronbach's alpha reliability of the instruments were 0.78 and 0.75, respectively. The data were analyzed using paired t-test. Results revealed that after the program: (1) the mean score of the perception of symptom-induced suffering after receiving the program statistically significant lower than before receiving the program ($t = 10.49, p < 0.001$); and (2) the mean score of the perception of palliative care outcomes after receiving the program statistically significant lower than before receiving the program ($t = 17.90, p < 0.001$). The nurse case management program could help improve the perception of symptom-induced suffering of the patients with terminal stage hepatocellular carcinoma. Further study should be done in a larger sample and with longer period.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2021; 8(2): 41-53

Keywords: nurse case management, terminal stage hepatocellular carcinoma, symptom induced suffering, palliative care outcome

¹Advanced practice nurse, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University; Corresponding Author, Email: tsutisa@medicine.psu.ac.th

²Associated Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

³Registered nurse, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University

Received August 30, 2021; Revised November 11, 2021; Accepted November 12, 2021

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งตับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 8 ของประชากรโลก¹ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งตับ ร้อยละ 15-20 มาพบแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 3-4 เดือน ภายหลังได้รับการวินิจฉัย² ประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งตับ ร้อยละ 36.8 มาพบแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามหรือระยะท้าย (advanced stage or terminal stage) ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 22.4 ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง³

ในปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคอง ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล⁴ องค์การอนามัยโลก ได้นิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลที่มุ่งป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ครอบคลุมแบบองค์รวมถึงครอบครัว⁵ สำหรับประเทศไทย Pairajkul⁶ กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมการดูแลในทุกมิติแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การมีผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้เกิดความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลที่ต่อเนื่องได้⁷

ประเทศไทยมีการนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในชุมชนโดยกิจกรรมของผู้จัดการรายกรณีที่สำคัญ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ การเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การพยาบาลตามปกติแต่ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม⁸ และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มที่ได้

รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีมีความทุกข์ทรมาน จากอาการลดลงและการรับรู้คุณภาพการดูแลในระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะท้ายมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอื่น ๆ ที่ได้มีการศึกษามาก่อนที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมาพบแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายและผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเสี่ยงเฉพาะโรคและอาการที่มีความทุกข์ทรมานสูง³ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการจัดการเฉพาะรายที่ต้องใช้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการทำงาน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ Nantachaiipan¹⁰ กล่าวว่า การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกระบวนการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นต้น เพื่อการติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณี โดยมีการประเมินปัญหาและสถานการณ์ กำหนดเป้าหมายการดูแล การวางแผนการช่วยเหลือ สนับสนุน การส่งต่อ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูลความรู้ได้รับการพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง และการตัดสินใจ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ที่ติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย¹⁰

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ใช้การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสรุปได้ว่า การศึกษายังมีข้อจำกัดในการศึกษาเชิงลึกและการศึกษาเฉพาะเรื่องที่ยังชี้ถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและครอบครัว

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ
และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

ของผู้ป่วย¹¹ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการ
ชั้นสูงที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงได้นำรูปแบบ
การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลของ Nantachaipan¹⁰
ร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ
Nilmanat & Sac-Chit⁹ มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะท้าย โดยผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ในการ
ประเมินความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จัดการ
ประชุมครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า ให้คำ
ปรึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยถึงแนวทางในการ
ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล รวมทั้ง
ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการ
กับอาการที่เหมาะสม

การศึกษาที่ผ่านมาพบเป็นการศึกษาในบริบท
ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีศูนย์การดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคอง (Hospital Palliative Care
Center) และมีผู้ดูแลเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้ง
เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งระยะท้ายที่มี
ความหลากหลายไม่เฉพาะเจาะจง การศึกษาครั้งนี้
เป็นการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ระดับตติยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการรักษา
ตัวโรคและการใช้เทคโนโลยีชีวิตผู้ป่วยหากเป็น
ความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งไม่
อนุญาตให้ผู้ดูแลเฝ้าผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการ
พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบริบท
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ เพื่อสามารถ
ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย
ได้ครอบคลุม ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจาก
อาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและ
ครอบครัวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการราย
กรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อ
การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การ
ดูแลแบบประคับประคอง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ
ดังนี้

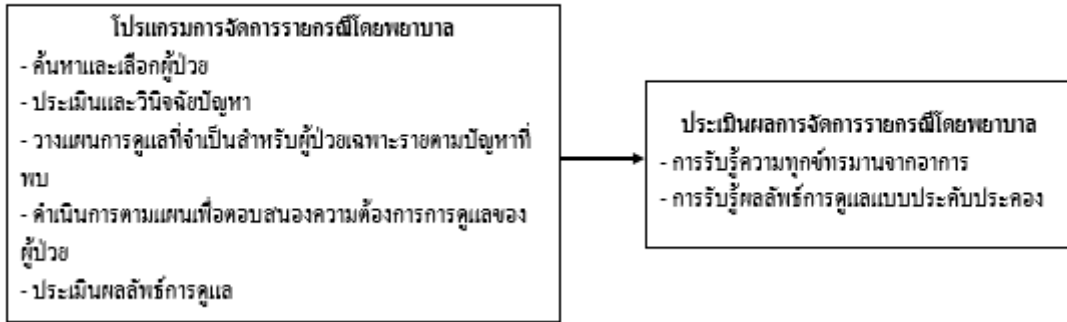
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ
ทุกข์ทรมานจากอาการในระยะก่อนและหลังการเข้า
ร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การ
ดูแลแบบประคับประคอง ในระยะก่อนและหลังการ
เข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ
ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่ำ
กว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี
โดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เสนอ
โดย Nantachaipan¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามหรือระยะท้ายที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561- เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามหรือระยะท้ายตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งตับระยะลุกลามหรือระยะท้าย และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 3) ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักมาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและใส่เครื่องช่วยหายใจ มีอาการกำเริบอย่างรุนแรง เช่น หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ

มากกว่า 35 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำโดยค่าความดันโลหิตกลางน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และมีภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น 2) ผู้ป่วยอยู่ในระยะปฏิเสธการเจ็บป่วย และ 3) ผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยน้อยกว่า 5 วัน

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพของ Lemeshow และคณะ¹² จากงานวิจัยของ Nilmanat & Sae-Chit⁹ เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลในระยะท้ายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 41.03 คะแนน (SD 13.66 คะแนน) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 28.83 คะแนน (SD 11.96 คะแนน) และการรับรู้คุณภาพการดูแลระยะท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 18.30 คะแนน (SD 6.48 คะแนน) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 15.13 คะแนน (SD 6.74 คะแนน) แทนค่าในสูตรคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 S^2_p}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 ราย แต่ระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย 4 ราย เนื่องจากมีอาการวิกฤตต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยที่ศึกษา จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่เสนอโดย Nantachaipan¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์จากโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะท้ายในผู้ป่วยมะเร็งและที่ไม่ใช่มะเร็ง ซึ่ง Nilmanat & Sae-Chit⁹ ได้ประยุกต์ใช้ โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลทั้งสิ้น 5 วัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 5) ประเมินผลลัพธ์การจัดการรายกรณีโดยพยาบาล

1.2 แบบประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Care Performance Scale: PPS)¹³ ใช้ในการประเมินความสามารถผู้ป่วย 5 ประเด็น ได้แก่ การเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน แปลผล 3 ระดับ คือ คะแนน 70-100 ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการคงที่ คะแนน 40-60 ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และคะแนน 0-30 ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแล) ภาวะตึงเครียด ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัย อาการสำคัญที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ ใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr)¹⁴ เพื่อประเมินระดับความรุนแรง 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลย และ 10 หมายถึง รู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงที่สุด มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-90 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงผู้ป่วยยังมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับรุนแรงมาก

2.3 แบบประเมินการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ใช้แบบประเมิน Palliative

Outcome Scale (POS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น เพื่อวัดผลลัพธ์ของการดูแลและระยะท้ายหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายภายหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองพัฒนาโดย Hearn & Higginson¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีจำนวน 3 ฉบับ¹⁶ ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับที่ใช้ถามผู้ป่วย จำนวนคำถามที่นำมาคิดคะแนน 10 ข้อ โดยสอบถามถึงปัญหา ความต้องการ และอาการรบกวนของผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ค่าคะแนน 0-4 คะแนน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-40 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง แสดงถึงผู้ป่วยมีปัญหา ความต้องการ และอาการรบกวนมาก แปลความหมายถึง การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ชุด และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง 2 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.75 ตามลำดับ ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้ของ

โปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยนำโปรแกรมฯ ที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อความเหมาะสมของโปรแกรมฯ และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยลำดับที่ 1 เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับประคับประคอง ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองสำหรับพยาบาล จำนวน 5 วัน เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ และมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลแกนนำการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ช่วยวิจัยฝึกเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในวันแรกของการทดลองผู้เชี่ยวชาญเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ และผู้เชี่ยวชาญติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง 5 วัน รายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพด้านสุขภาพกายที่สำคัญ เช่น ภาวะน้ำในเยื่อหุ้มสมอง อาการปวด และอาการบวม เป็นต้น รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่ผิดปกติ ให้การพยาบาลเบื้องต้น เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ประเมินความต้องการ

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ
และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

และเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และวางแผนการดูแลเป็นรายบุคคลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจ (เวลา 60 นาที)

วันที่ 2-4 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 - 5 ของโปรแกรมฯ ในระยะนี้ ผู้วิจัยเน้นการช่วยเหลือแก้ไข ปัญหาตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยประเมินผลการจัดการอาการและการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการจัดการรายกรณี มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ผลการตรวจต่าง ๆ และแผนการรักษา ให้คำแนะนำและสาธิตเกี่ยวกับทักษะการบรรเทาความทุกข์ทรมานในเรื่องการจัดการความปวด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อาการหอบเหนื่อย ความวิตกกังวล ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องคือ ทีมดูแลประคับประคอง แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อร่วมประชุมครอบครัว โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีส่วนร่วม (ปฏิบัติทุกวันใช้เวลา 40-60 นาที/วัน)

วันที่ 5 ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการรายกรณีโดยพยาบาล (20 นาที)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ EC 61-178-15-7) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาล ผู้วิจัยใช้หมายเลข

แทนการระบุชื่อในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยมีการนำเสนอในภาพรวม และไม่มีระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความสามารถของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติที่คู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 36 ราย พบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 55 ปี (SD=10.06 ปี) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ร้อยละ 55.6) มากกว่ากึ่งหนึ่งนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 58.30) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.6) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.90) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 47.20) ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 63.90) พบว่ากลุ่มตัวอย่างกึ่งหนึ่งมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ผู้ดูแลหลักโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.90) โดยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างคือคู่สมรส (ร้อยละ 58.30) และรองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 36.10)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทุกรายมีภาวะตับแข็ง ระยะโรคมะเร็งตับอยู่ในระยะท้าย (Barcelona Clinic Liver Cancer :BCLC-D) ร้อยละ 72.2 และระยะลุกลาม (Barcelona Clinic Liver Cancer :BCLC-C) ร้อยละ 27.8 มีคะแนนระดับความสามารถของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน ร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ อยู่ในระยะคงที่ ร้อยละ 27.8 ค่าคะแนนเฉลี่ย 60 คะแนน (SD=11.05 คะแนน) ระยะเวลาการรับรู้ว่าเป็นมะเร็งตับระยะท้าย น้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ น้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 30.60 สาเหตุสำคัญที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลที่พบบ่อย คือ มีน้ำในเยื่อช่องท้อง การฉีดยาเคมีบำบัดเข้าก้อนมะเร็งตับ ภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ภาวะก้อนมะเร็งตับฉีกขาด ภาวะของเสียจากตับคั่งขึ้นสมอง และภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร

2. การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ ก่อนเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการเท่ากับ 37.13 คะแนน (SD = 5.25 คะแนน) และภายหลังเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 25.00 คะแนน (SD = 5.63 คะแนน) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.19, p < 0.001$) แสดงถึง ภายหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะท้าย ในระยะก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ (n=36)		หลังเข้าโปรแกรมฯ (n =36)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ	37.13	5.25	25.00	5.63	35.00	10.49	0.000*

*p<0.001

3. การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเท่ากับ 21.91 คะแนน (SD = 3.40 คะแนน) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 13.52 คะแนน (SD =2.76 คะแนน) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลัง

เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.90, p < 0.001$) แสดงถึง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการและอาการรบกวนต่ำมีการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=36)

ผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ (n=36)		หลังเข้าโปรแกรมฯ (n =36)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	21.91	3.40	13.52	2.76	35.00	17.90	0.000*

*p<0.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อค้นพบว่า การดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสามารถลดการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายได้

สมมุติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nilmanat & Sac-Chit⁹ ที่ได้รายงานผลของการจัดการรายกรณีต่อความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันความตรงของกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต¹⁰ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการทำหน้าที่เป็นผู้แทนของผู้ป่วยในการจัดการเพื่อวางแผนการดูแล จัดการอาการ และติดตามผลการจัดการอาการ เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงเนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้มีการฝึกทักษะและสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้น เช่น การควบคุมอาการปวด โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมตัดสินใจในการขอยาแก้ปวดที่เหมาะสมกับความปวดของตนเอง การประสานกับแพทย์กรณีที่ยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไม่สามารถควบคุมความปวดได้ และกรณีความปวดที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำในเยื่อหุ้มสมองเพื่อเจาะระบายน้ำออก การฝึกการหายใจโดยการห่อปากและการเปิดพัดลมขนาดเล็กผ่านใบหน้าและจุ่มเพื่อช่วยลดอาการหอบเหนื่อย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง รวมทั้งมีการสร้างความมั่นใจให้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการอาการได้ด้วยตนเอง เช่น กรณีที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาด้วยยาแก้ปวด Fentanyl 30-100 mcg IV prn q 2 hrs เมื่อกลุ่มตัวอย่างร้องขอยาแก้ปวด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกขนาดยาที่ต้องการเพื่อจัดการความปวดของตนเองช่วยสร้างความมั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความปวดได้ด้วยตนเอง

โปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้นได้มีการวางแผนการดูแลกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการจัดประชุมครอบครัว เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกถึงความวิตกกังวล ค้นหาสิ่งที่ค้างคาใจและความปรารถนาสุดท้าย และช่วยหาแนวทางในการช่วยเหลือสิ่งที่ค้างคาใจ สร้างความมั่นใจให้กลุ่มตัวอย่างว่าสิ่งที่ค้างคาใจจะได้รับการจัดการ รวมทั้งประสานงานกับพยาบาลเจ้าของไข้ประจำทีมเพื่อผ่อนคลายกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วย ซึ่งผู้จัดการรายกรณีต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลดความวิตกกังวลและสามารถวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี¹⁰

สมมุติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การดูแลโดยการประเมินปัญหา ความต้องการ และอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และใช้ผลการประเมินที่ได้ไปออกแบบวางแผนการดูแลผู้ป่วย¹⁶ โดยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแปลความได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นจากการที่ปัญหาความต้องการและอาการรบกวนลดลง¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังเข้าโปรแกรมการจัดการรายกรณีมีการรับรู้คุณภาพการดูแลในระยะท้ายเพิ่มขึ้น⁹ และการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับ

ประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พบว่าหลังเข้าโปรแกรมฯ ผู้ป่วยรับรู้ผลลัพธ์การดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้น¹⁶ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดที่ใช้ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแล และมีการประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างลดลง¹⁰ เช่น มีความรู้สึกว่าคุณชีวิตราบรื่นมากขึ้น มีอาการหงุดหงิดหรือวิตกกังวลลดลง และมีความรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที เป็นต้น

โปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้มีการประชุมครอบครัวร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนการดูแลกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลล่วงหน้า ซึ่งการดูแลในลักษณะสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่ชัดเจนขึ้นมากกว่าการที่มีแพทย์เป็นผู้ดูแลหลักเพียงอย่างเดียว¹⁷ ผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง เช่น แพทย์เจ้าของไข้เพื่อประสานงานเรื่องแผนการดูแลกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งแนวทางในการจัดการอาการความวิตกกังวลที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยา เจ้าหน้าที่สิทธิประโยชน์เพื่อช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลที่มีปัญหาเศรษฐกิจและค่าครองชีพระหว่างอยู่โรงพยาบาลรวมทั้งมีการยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยมเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ
และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมแนวคิดที่ใช้ในการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้ายของ Nantachaiapan¹⁰ คือ การค้นหา กลุ่มตัวอย่างที่ควรได้รับการดูแลเป็นรายกรณี การระบุนโยบาย การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแลตามแผน และการประเมินผลลัพธ์ เหมาะสมสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลานั้นไม่เกิน 5 วัน และพยาบาลที่ใช้โปรแกรมฯ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิวิทยาของโรคเพื่อที่จะได้เข้าใจกระบวนการเกิดอาการของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาสู่การจัดการอาการที่เหมาะสมมีทักษะการประเมินปัญหาเพื่อให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างได้ครอบคลุม รวมทั้งทักษะการสื่อสารเพื่อประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารองค์กรควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยการนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการจัดอบรมความรู้และพัฒนาทักษะพยาบาลและมอบหมายให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดำเนินการ

2. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งระยะท้าย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการนำ วิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mokdad AH, Dwyer-Lindgren L, Fitzmaurice C, Stubbs RW, Bertozzi-Villa A, Morozoff C, et al. Trends and patterns of disparities in cancer mortality among US counties, 1980-2014. JAMA 2017; 317(4):388-406.
2. Kumar M, Panda D. Role of supportive care for terminal stage hepatocellular carcinoma. J Clin Exp Hepatol 2014;4(Suppl 3):130-9.
3. Somboon K, Siramolpiwat S, Vilaichone RK. Epidemiology and survival of hepatocellular carcinoma in the central region of Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15(8):3567-70.
4. Brennan F. Palliative care as an international human right. J Pain Symptom Manage 2007;33(5): 494-9.
5. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. [Internet]. 2018 [cited 2020 March 10]. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>.
6. Pairojkul S. Importance of service system development palliative care. In: Nagaviroj K, editor. Terminal ill care and family. Bangkok: Association for the Terminal Ill Care Workers;2016.p.3-8. (In Thai)
7. Luckett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. BMC Health Serv Res 2014;14:136. doi:10.1186/1472-6963-14-136
8. Utthiya P, Amnatsatsue K, Kedmongkol P, Chansriwong C. Effects of case management program for older adults with end stage cancer in the community. J Public Health 2018;48(3):371-84. (In Thai)

9. Nilmanat K, Sae-Chit K. Effects of a case-based management nursing programme for terminally ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. *Thai J Nurs Council* 2018;33(3):52-66. (In Thai)
10. Nantachaipan P. Case management in the care for patients at the end of life. *Nurs J* 2015; 42(1):153-8. (In Thai)
11. Thomas RE, Wilson DM, Birch S, Woytowich B. Examining end-of-life case management: systematic review. *Nurs Res Pract* 2014;2014:651681. doi:10.1155/2014/651681
12. Lemeslow S, Hosmer WD, Klar J, Lwanga KS. Adequacy of sample size in health studies. [Internet]. 1990 John Wiley & Sons Ltd: England [cited 2018 March 15]. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41607/1/0471925179_eng.pdf
13. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leutrakul, S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *J Palliat Med* 2012;26(8):1034-41.
14. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(2):456-68.
15. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. *Qual Health Care* 1999;8(4): 219-27.
16. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The effects of an end of life care program on the Palliative Care Outcome and perceived peaceful end of life among end stage cancer patients. *J Royal Thai Army Nurs* 2020;21(2):315-22. (In Thai)
17. Nakawiro P. The palliative care outcome in palliative cancer patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *J Preven Med Society Thailand* 2017;7(1): 11-22. (In Thai)