

The Palliative Care Outcome in Palliative Cancer Patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

Abstract

Pakkawee Nakawiro, M.D.*

Cancer is reported as the first leading cause of death in Thailand. It also affects quality of life of the patients and their families. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital has recently introduced palliative care service to end stage cancer patients. However, no evaluation study has been conducted yet.

This research applied inferential statistics to explain the outcome of palliative care on the selected group of cancer patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Fifty cancer patients, whose palliative performance scale (PPS) $\geq 30\%$, were identified and selected by their primary doctors. The Thai version of palliative care outcome scale (POS) was used to all the participating patients before and after receiving palliative care. Scores were collected and analyzed using non-parametric Wilcoxon rank-sum test.

The results showed that the median total score before receiving palliative care was 19, while the one after receiving palliative care was 12.5. This reduction was statistically significant ($P < 0.05$). Detailed examination on each question revealed that palliative care significantly impacts on pain, other symptoms, anxiety and family anxiety of the patients.

The findings suggested that palliative care can help decrease physical symptoms and increase quality of life of both patients and their families. Moreover, this research will be beneficial for designing and managing palliative care system.

Keywords: Cancer patients, Palliative care, The Thai version of palliative care outcome scale

*Department of Social medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

ภควิทย์ นาคะวิโร, พ.บ.*

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจึงเริ่มนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แต่ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

บทความนี้ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่ออธิบายผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกจากแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และมี palliative performance score (PPS) $\geq 30\%$ จำนวนทั้งสิ้น 50 ราย แบบประเมินวัดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทยถูกนำมาใช้วัดคะแนนผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยทีมประคับประคอง ผลลัพธ์ที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแบบไร้พารามิเตอร์ (non-parametric) วิธี Wilcoxon rank-sum test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลลัพธ์ก่อนและหลังการดูแล

ผลการศึกษาพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนรวมผลลัพธ์ในการประเมินครั้งแรกก่อนได้รับการดูแล มีค่า 19 คะแนน ขณะที่คะแนนรวมผลลัพธ์หลังได้รับการดูแล มีค่า 12.5 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อดูรายละเอียดของค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์แบบรายข้อ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ลดความหงุดหงิดและความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว

ผลจากงานวิจัยนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ยืนยันได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบและจัดการระบบการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินวัดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งกว่า 70,000 ราย⁽¹⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศประมาณการว่าระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 จากผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 4000 ราย⁽²⁾ สะท้อนให้เห็นความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการได้รับการดูแลมากขึ้น

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มุ่งหวังเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว⁽³⁾ โดยรูปแบบการดูแลประกอบไปด้วย การช่วยเหลือในเรื่องการบรรเทาอาการทางกาย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย อาการไม่สุขสบายอื่นๆ การดูแลสภาวะจิตใจและอารมณ์ การทำตามความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว

และทีมผู้รักษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรคและการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต⁽²⁾

สมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (American society of clinical oncology: ASCO) แนะนำให้เริ่มกระบวนการดูแลแบบประคับประคองควบคู่ไปกับการดูแลพื้นฐานในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกราย และในรายที่มีอาการทางกายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁽⁴⁾ งานวิจัยของ Zimmermann และคณะ แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการทางกายได้⁽⁵⁾ นอกจากนั้นงานวิจัย ENBLE II โดย Bakitas และคณะ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มแรก มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และมีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการ

ดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Temel และคณะ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามหลังจากการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽⁷⁾

การวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งหนึ่ง que เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเชิงคุณภาพประสิทธิภาพ และการเข้าถึงการดูแล⁽⁸⁾ การจะเลือกใช้วิธีและเครื่องมือวัดผลขึ้นกับวัตถุประสงค์ว่าต้องการวัดผลในขอบเขตหรือมิติใด เครื่องมือที่ใช้วัดผลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้⁽⁹⁾

1. ประเภทวัดผลแบบทั่วไป (generic) เช่น SF-36, EuroQol, general health questionnaire เป็นต้น มีข้อดีคือ สามารถใช้ได้กับประชากรหลากหลายกลุ่มและนำไปเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคองกับการรักษาแบบอื่นได้ แต่จะมีข้อเสียคือมักไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ ไม่สามารถระบุปัญหาที่เฉพาะเจาะจงได้ และไม่ได้มีการทำการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) เพื่อการวัดผลลัพธ์การรักษาแบบประคับประคองโดยเฉพาะ⁽⁹⁾ 2. ประเภทวัดผลแบบเฉพาะ (specific) เช่น palliative care outcome scale (POS), hospital anxiety and depression scale (HADS), EORT QLQ-C30 เป็นต้น มีข้อดีคือ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเฉพาะการวัดผลในการรักษาแบบประคับประคอง สามารถใช้วัดสำหรับปัญหาเฉพาะได้ และมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิก

งานวิจัยนี้เลือกการวัดผลลัพธ์โดยใช้ POS ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดผลแบบเฉพาะ ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Hearn และ Higgon จาก KING's Colleges ประเทศอังกฤษ⁽¹⁰⁾ นิยมใช้กันแพร่หลายในเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพในประเทศแถบทวีปยุโรป ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แอฟริกา และเอเชีย หลายงานวิจัยทำการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบ

ประคับประคองโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์ POS พบว่าผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และได้รับการตอบสนองต่อปัญหาที่พบอย่างทันท่วงที⁽¹¹⁻¹⁴⁾ แบบประเมินผลลัพธ์นี้ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชครเชียงใหม่⁽¹⁵⁾ โดยใช้ชื่อว่าแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย (Thai POS) มีการทดลองนำไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง พบว่ามีความน่าเชื่อถือ และมีความแม่นยำในการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเมื่อเทียบกับต้นฉบับในภาษาอังกฤษ^(11,14)

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เริ่มมีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2557 รูปแบบการดูแลในช่วงแรกมีเพียงการเฝ้าเฝ้าด้านจิตใจของผู้ป่วย จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลได้พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองให้ครบวงจร ได้แก่ ระบบรับปรึกษาผู้ป่วยใน จัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยนอก และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (advance care plan) ประชุมครอบครัว (family meeting) ทำงานร่วมกับจิตอาสา องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึงเป็นแม่ข่ายรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด โดยมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้จึงต้องการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ โดยเลือกแบบประเมิน Thai POS เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดผลแบบเฉพาะ วัดได้หลายมิติ ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดผลการรักษา

แบบประทับประคองและสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิก สามารถวัดคุณภาพในการดูแลของ ทีมดูแลแบบประทับประคองได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายแบบประทับประคองในโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใดก็ได้ที่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยแพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบ ประทับประคอง และใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประทับประคองฉบับ สวนดอก (palliative performance scale: PPS)⁽¹⁶⁾ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่า PPS $\geq 30\%$ หมายถึงผู้ป่วย ยังคงทำกิจกรรมต่างๆ แต่ได้ลดลง มีการลุกลาม ของโรค ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน และมีระดับความรู้สึกตัวดี ซึ่งเป็นไปตามวิธีการใช้แบบประเมินที่ได้แนะนำไว้ในคู่มือ การใช้แบบประเมิน Thai POS⁽¹⁵⁾ จำนวน 50 ราย คำนวณขนาดกลุ่มประชากรตามสูตร⁽¹⁷⁾

$$n = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559-28 กุมภาพันธ์ 2560 เป็นเวลา 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมิน Thai POS เป็นแบบสอบถามที่มีการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) แล้ว⁽¹⁴⁾ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามที่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลา ตั้งแต่วินิจฉัย การดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ได้ทำให้ ผู้ป่วยในครั้งนั้น

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมิน Thai POS มี ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายเปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4

0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่

1 = เล็กน้อย/นานๆ ครั้ง

2 = บางครั้ง

3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่

4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกรู้สากับตัวเอง
เลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

คำถามทั้ง 10 ข้อ ครอบคลุมประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคองเกี่ยวกับอาการรบกวนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว โดยแต่ละข้อมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 4 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 40 คะแนน

ข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา

ข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบ ประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน ญาติ หรือ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

ผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรกในช่วงวันที่ 1-3 หลังจากเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และประเมินผู้ป่วยอีกครั้งหลังได้รับการดูแลเป็นเวลาอย่างน้อย 3-7 วัน โดยเปรียบเทียบคะแนน Thai POS รายข้อและคะแนนรวมของผู้ป่วยทุกรายก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ถ้าพบว่าคะแนน Thai POS หลังจากได้รับการดูแลลดลงจากคะแนนก่อนได้รับการดูแล แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวน และได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่อแสดงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย สำหรับผลลัพธ์จากการดูแลแบบประคับประคองถูกวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ด้วยสถิติแบบไร้พารามิเตอร์ (non-parametric) วิธี Wilcoxon rank-sum test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลลัพธ์ก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคอง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 030/2559 อนุมัติ ณ วันที่ 26 ตุลาคม 2559

ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำอธิบาย สอบถามความสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้เป็นผู้ชายและผู้หญิงอย่างละเท่ากัน ค่าเฉลี่ยของอายุ เท่ากับ 59.7 ปี โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.9 ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งที่เข้าร่วมวิจัยมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 72 ผู้ป่วยร้อยละ 54 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 24 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 50 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64 ของผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชนิดของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น พบว่าเป็นมะเร็งทางเดินอาหารร้อยละ 24 มะเร็งศีรษะและลำคอร้อยละ 16 มะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 16 และมะเร็งระบบสืบพันธุ์ร้อยละ 14 ระยะของโรคมะเร็งเกือบทั้งหมดอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 92 ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีระดับ PPS ตั้งต้นมากกว่า 50% ซึ่งสามารถตีความได้ว่า ผู้ป่วยเริ่มมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความรู้สึกตัวปกติหรืออาจมีสับสนบางครั้ง งานวิจัยนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ดังมีรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (50 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	50
หญิง	25	50
อายุ (mean $\pm$ SD = 59.7 $\pm$ 13.9)		
<60 ปี	26	52
≥ 60 ปี	24	48
สถานภาพ		
โสด	5	10
สมรส	36	72
อื่นๆ	9	18
ระดับการศึกษา		
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	1	2
ประถมศึกษา	27	54
มัธยมศึกษา	12	24
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	20
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
ไม่มีรายได้	0	0
<5,000 บาท	8	16
5,000 - 10,000 บาท	17	34
10,001 - 30,000 บาท	16	32
>30,000 บาท	9	18
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	32	64
ประกันสังคม	11	22
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	14
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	20	40
ความดันโลหิตสูง	26	52
เบาหวาน	8	16
มากกว่า 2 โรค	3	6

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (n=50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (50 คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	8	16
มะเร็งเต้านม	5	10
มะเร็งปอด	5	10
มะเร็งทางเดินอาหาร	12	24
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	8	16
มะเร็งระบบสืบพันธุ์	7	14
อื่นๆ	4	8
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	1	2
ระยะที่ 2	0	0
ระยะที่ 3	3	6
ระยะที่ 4	46	92
ระยะเวลาการวินิจฉัย		
<1 ปี	26	52
≥1 ปี	24	48
Palliative performance scale (PPS)		
30-40%	15	30
50-60%	26	52
70-80%	9	18

2. การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการดูแลแบบประคับประคอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์รายข้อเพื่อดูผลของการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าด้านอาการปวดและอาการอื่นๆ ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ และด้านการรับทราบข้อมูล มีค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์หลังการดูแลลดลงจากก่อนการดูแล

ค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์การได้ระบายความรู้สึก ด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า และด้านการปฏิบัติในการดูแลรักษา ได้แก่

การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา และการได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ก่อนและหลังได้รับการดูแลไม่มีการเปลี่ยนแปลง

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum test เพื่อตรวจสอบสมมุติฐานว่าค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์รายข้อ (ข้อ 1 ถึง 10) หลังการได้รับการดูแลลดลงจากคะแนนก่อนการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ พบว่าด้านอาการปวดและอาการอื่นๆ ด้านจิตใจ ด้านการรับทราบข้อมูล และด้านการปฏิบัติในการดูแลรักษา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้วยความเชื่อมั่น 95%

ส่วนความรู้สึกซึมเศร้าและความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนน

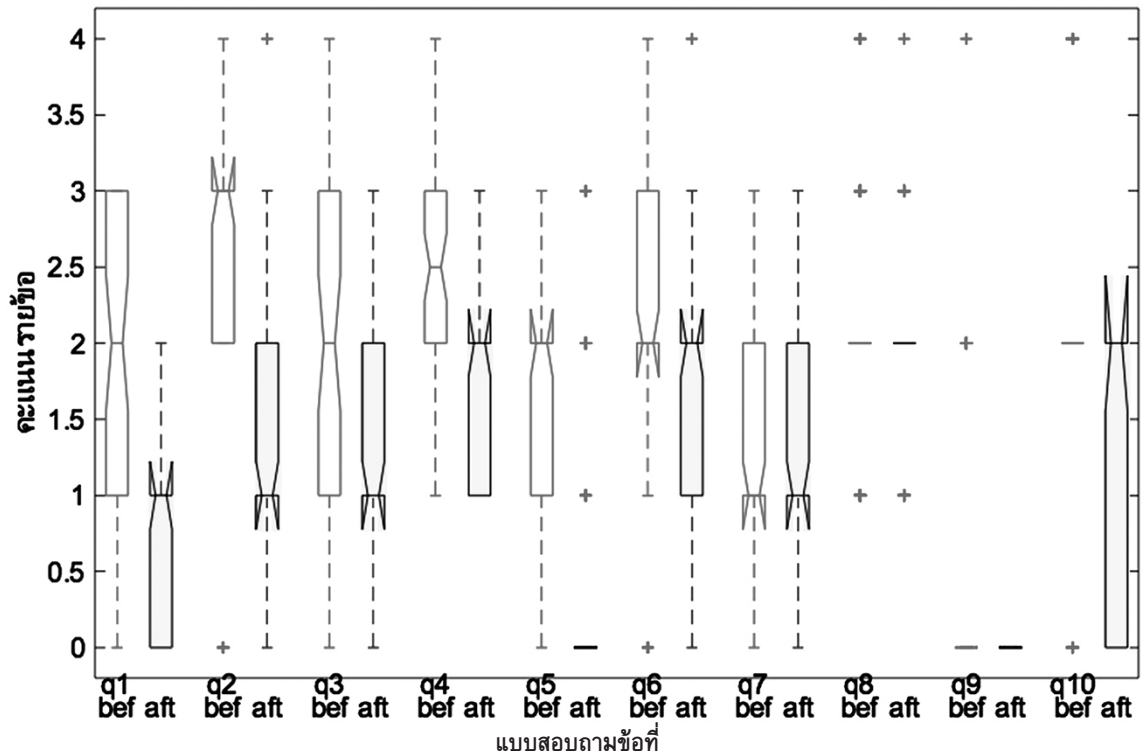
ผลลัพธ์ภายหลังการดูแลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายชื่อก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คำถามที่	หัวข้อคำถาม	คะแนนก่อน (median)	คะแนนหลัง (median)	p-value
1	อาการปวด	2	1	<0.05
2	อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก	3	1	<0.05
3	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2	1	<0.05
4	ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.5	2	<0.05
5	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	2	0	<0.05
6	การได้ระบายความรู้สึก	2	2	<0.05
7	ความรู้สึกซึมเศร้า	1	1	0.26
8	ความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมายและคุณค่า	2	2	0.28
9	การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	0	0	<0.05
10	การได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย	2	2	<0.05
คะแนนผลลัพธ์รวม		19	12.5	<0.05

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายชื่อก่อนและหลังได้รับการดูแลจากกราฟ box plot พบว่าค่าการกระจายตัวของคะแนนคำตอบส่วนใหญ่ลดลง

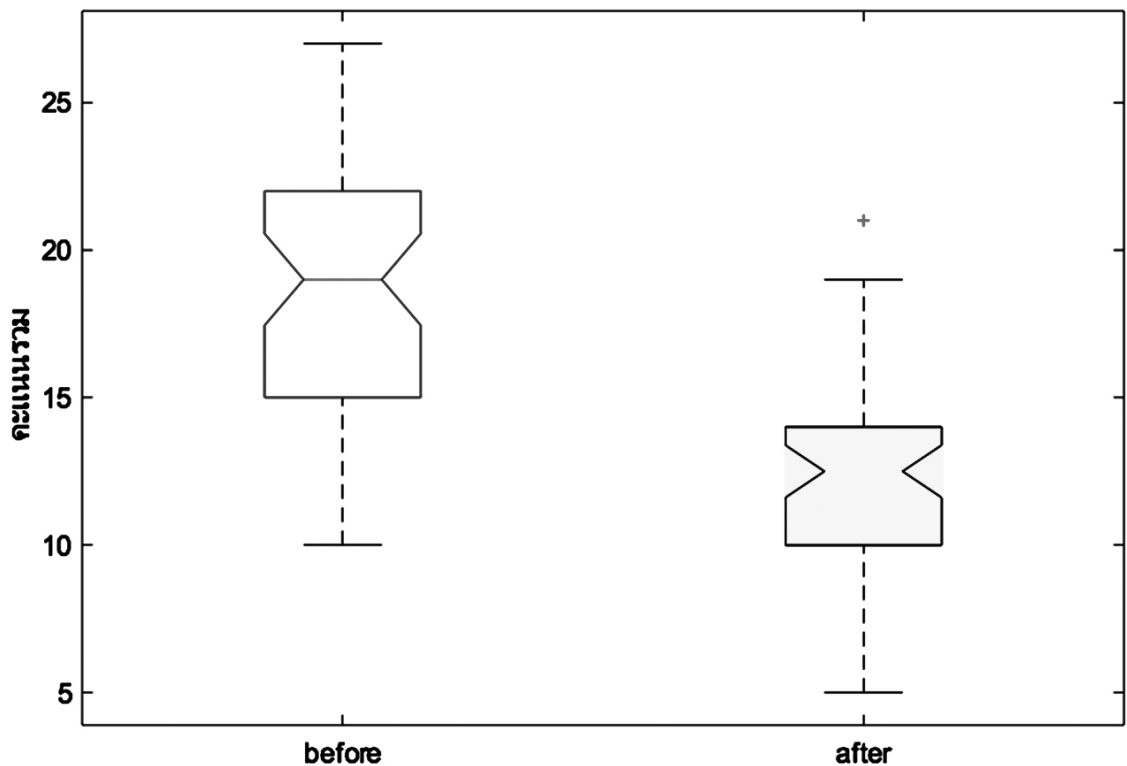
จากเดิม มีเพียงการกระจายตัวของคะแนนผลลัพธ์ในด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ได้แก่ คำถามข้อที่ 7 และ 8 ที่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแล ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 box plot แสดงช่วงคะแนนและการกระจายตัวของคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายข้อก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับค่ามัธยฐานของคะแนนรวมผลลัพธ์ในการประเมินครั้งแรกก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามีค่า 19 คะแนน คะแนนหลังได้รับการดูแล มีค่า 12.5 คะแนน เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wil-coxon rank-sum test พบว่า

มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในแถวสุดท้ายของตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณาจากกราฟ box plot พบว่าค่าการกระจายตัวของคะแนนรวมผลลัพธ์หลังได้รับการดูแล ลดลงจากครั้งแรก ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 box plot แสดงช่วงคะแนนและการกระจายตัวของคะแนนผลลัพธ์รวมของการดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

วิจารณ์

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Fernanda Capella Rugno และคณะ⁽¹⁸⁾ เกี่ยวกับการนำเอา POS ไปใช้ในทางปฏิบัติและงานวิจัยพบว่า POS สามารถนำไปใช้วัดผลลัพธ์ในเรื่องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว รวมถึงวัดคุณภาพในการดูแลของทีมดูแลแบบประคับประคอง

นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี⁽¹¹⁾ ได้นำ Thai POS ไปทดลองใช้ประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง พบว่าทำให้แพทย์และทีมผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงกับความต้องการทั้งในด้านอาการ จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ

ผลลัพธ์จากงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่าการจัดบริการ

ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีผลทำให้คะแนนผลลัพธ์ด้านอาการรบกวนทางกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา การที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษาและการได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านความรู้สึกซึมเศร้าและความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งผลที่ออกมามีลักษณะที่คล้ายกับงานวิจัยที่กล่าวถึงข้างต้น แต่สาเหตุที่อาจทำให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ มีการเปลี่ยนแปลงลดลงไม่มากนักอาจเกิดจาก

- ลักษณะการจัดระบบการดูแล

การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา มีแพทย์เป็นผู้ให้การดูแลรักษาเป็นหลัก ดังนั้นผลลัพธ์ในด้านการจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา รวมถึงการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นผลได้ชัดเจนและรวดเร็ว เมื่อเทียบกับการดูแลในด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งหากมีการร่วมดูแลในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา อาจทำให้ผลของการดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกและด้านจิตวิญญาณเปลี่ยนแปลงชัดเจนมากขึ้น

- จำนวนครั้งในการวัดผล

เนื่องจากงานวิจัยนี้ทำการวัดผลเพียง 2 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งอยู่ในช่วง 3-7 วัน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์และจิตวิญญาณต้องใช้เวลาในการปรับตัวอาจยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เมื่อเทียบกับงานวิจัยของ ปนัดดา สุวรรณ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่วัดผลลัพธ์ถึง 3 ครั้ง โดยระยะห่างระหว่างครั้งแรกและครั้งที่ 3 อยู่ระหว่าง 7-14 วัน

สรุป

งานวิจัยนี้ศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองมีผลช่วยลดอาการทางกาย ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่มากขึ้นและได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจาก

ความเจ็บป่วย แม้ว่าผลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัด จึงควรทำวิจัยเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อลดอคติในงานวิจัย ซึ่งอาจเลือกกลุ่มเปรียบเทียบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ปฏิเสธหรือไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และอาจเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้นานขึ้นเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านอารมณ์และจิตวิญญาณได้ชัดเจนขึ้น และเพื่อให้ทราบผู้ป่วยประเภทใดที่จะได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคอง ควรเพิ่มการหาความสัมพันธ์ที่มีผลกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมจิตอาสา ผู้นำศาสนา โดยเฉพาะจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีความหลากหลายในด้านศาสนา ทั้งศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์ ซึ่งจะช่วยเติมเต็มในแง่มุมมองจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมกลุ่มทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเพิ่มสื่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่เปิดโอกาสและเอื้อเฟื้อในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัยนี้ไม่อาจสำเร็จลงได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานที่ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์สถิติด้วยดีมาตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วย/สาเหตุการตาย. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2559). เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html/>
2. พรปวีณ์ อธิรัฐชัยพงษ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 16]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Nickolich MS, El-Jawahri A, Temel JS, LeBlanc TW,. Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. Am Soc Clin Oncol Educl Book 2016;36:e534-8.
5. 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 May 17;383(9930):1721-1730.
6. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J,. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. JAMA 2009 Aug 19;302(7):741-749.
7. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA,.et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363:733-742.
8. 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 2016 Jan 1;30(1):6-22.
9. Bausewein C, Daveson B, Benalia H, Simon ST, Higginson IJ. Outcome Measurement in Palliative Care. The Essentials. London: KING's College; 2011. [cited 2016 Oct 16]. Available from: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=-T62WTgTHtU%3D&tabid=1577>
10. 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: Dec 1;8(4):219-27.
11. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. ผลลัพธ์การบริหารบรรเทา. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2559). เข้าถึงได้จาก : <https://www.gotoknow.org/posts/516570>
12. Bausewein C, Fegg M, Radbruch L, Nauck F, von Mackensen S, Borasio GD,. Validation and Clinical Application of the German Version of the Palliative Care Outcome Scale. J Pain Symptom Manage 2005: Jul;30(1):51-62.

13. Eisenclas JH, Harding R, Daud ML, Pérez M, De Simone GG, Higginson IJ. Use of the Palliative Outcome Scale in Argentina: A Cross-Cultural Adaptation and Validation Study. *J Pain Symptom Manage* 2008; Feb;35(2):188-202.
14. ปันดดา สุวรรณ และคณะ. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2556.
15. ลดารัตน์ สานันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง = Palliative care Outcome Scale: POS. 2013. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2559). เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative/?p=55/>
16. Pezeshk H and Gittins J. Sample Size Determination in Clinical Trials [Internet]. [cited 2016 Oct 15]. Available from: URL: https://www.researchgate.net/profile/Mari_Palta/publication/35790914_Sample_size_determination_for_clinical_trials/links/0c960538c936d96aa1000000.pdf
17. 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 Dec;26(8):1034-41.
18. Rugno FC, Carlo MMR do PD. The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review. *Rev Lat Am de Enfermagem* [Internet]. [cited 2016 Oct 14] ; 2016 : 24.e2764. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996092/>