

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด
 A Development of Symptom Clusters Management Model in Lung Cancer Persons receiving
 Chemotherapy

ธิดารัตน์ คำบุญ (Thidarat Khamboon)*

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)*

วิทวัส จิตต์ผิงงาม (Wittawat Jitpewngam)**

กิตติมา หวังธีระประเสริฐ (Kittima Wangteeraprasert)***

Received: Dec 4, 2018

Revised: Jan 2, 2019

Accepted: Feb 21, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการกลุ่มอาการ ประเมินผลลัพธ์ปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อจัดการกลุ่มอาการได้ด้วยตนเอง การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและความต้องการรูปแบบในโรงพยาบาลตติยภูมิโดยสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด 20 คน และพยาบาล 2 คน 2) สร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มอาการที่พบบ่อยและผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดต้องการจัดการมากที่สุดคือ กลุ่มอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และวิตกกังวล โดยผู้ป่วยได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและแนะนำจัดการตามปัญหาแต่ละอาการ แต่ไม่มีการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านผู้ป่วยต้องการความรู้เกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการหลากหลายวิธีที่สามารถเลือกปฏิบัติได้และสอดคล้องกับศักยภาพของตนเองรวมทั้งต้องการคู่มือที่สามารถอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำที่บ้านได้ ต้องการให้พยาบาลโทรศัพท์ติดตามสอบถามเมื่อกลับบ้าน เพื่อสามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ และต้องการกำลังใจจากทีมสุขภาพ

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.20$, $SD = 0.45$) และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.50$, $SD = 0.58$) โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุนและสร้างแรง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, e-mail: 111thidarat@gmail.com

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร *พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

งูใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการกลุ่มอาการ ประเมินผลลัพธ์ ปรับเปลี่ยนกลวิธีด้วยตนเองเพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพของตน และพยาบาลติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการกลุ่มอาการต่อการลดความรุนแรงของกลุ่มอาการและการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

คำสำคัญ: กลุ่มอาการ รูปแบบการจัดการกลุ่มอาการ มะเร็งปอด เคมีบำบัด

Abstract

The purpose of this study was to develop a symptom cluster management model in lung cancer patients receiving chemotherapy. The Symptom Management Conceptual Theory, and the Research and Development model were used as conceptual and methodological frameworks. The nurses educated, supported, advised, and built motivation in assessing, managing, evaluating outcome and changing the strategies to manage the symptom clusters by themselves. The research method consisted of 2 phases, as follow: 1) studying about symptom clusters in lung cancer patients, current situations, obstacles, and needs for the model in a Tertiary hospital, which was done through: non-participant observation and interviewing of lung cancer patients, who were receiving chemotherapy (20 persons) and nurses (2 persons), 2) developing a model and checking its quality by 5 experts. The data were analyzed by content validity, mean, and standard deviation.

The findings showed that:

1. The most common symptom cluster of lung cancer patients receiving chemotherapy that was needed to be managed was the fatigue, loss of appetite and anxiety symptom cluster. Patients who receive general counseling about their practice, side effects of chemotherapy, and symptom management recommendations are dealt with by individual symptoms. There were no follow up when the patients got home. Patients mentioned that they needed several methods in the management of symptom cluster to enhance their knowledge based on their individual performance. In addition, they prefer to get the symptom cluster management guide book that helps to support them to continue the activity at home. They also prefer to communicate with the nurse as a consultant via phone when they are back home after they received chemotherapy for informational and emotional supports.

2. The developed model's propriety was at a high level ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.45$) and feasibility was at a high level ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.58$). In the intervention model, nurses provided the program, gave advice and encouraged the patients to manage the symptom cluster, evaluating the results and suggested the strategies adjusting from their own ideas in controlling the symptom cluster with the methods relevant to their potential and their sickness. The nurses were following up on the patients by telephone. Therefore, the model should be tested for studying the effects of symptom cluster management model on decreasing the severity of symptom cluster and improve the quality of life in lung cancer patient receiving chemotherapy.

Keywords: Symptom Cluster, Symptom Cluster Management Model, Lung Cancer, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศต่างๆทั่วโลกและอัตราการเป็นโรคเพิ่มขึ้นต่อเนื่องโดยเฉพาะในเอเชียพบอัตราโรคมะเร็งปอดมากกว่าร้อยละ 50 (Ferlay et al., 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นทั้งเพศชายและหญิง โดยในปี พ.ศ.2560 โรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยจำนวน 13,704 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งจำแนกตามสาเหตุการตายโดยคิดเป็นร้อยละ 21 ของโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อัตราการตายสูงเป็นอันดับที่ 2 ของมะเร็งทั้งหมด (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017) โดยอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

การรักษาส่วนใหญ่ของมะเร็งปอดเป็นการรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 21.97 (National Cancer Institute, 2017) ซึ่งสูตรเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำส่วนใหญ่จะใชยาหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) เช่น ซีสพลาติน (Cisplatin) ร่วมกับเจมซิทาบิน (Gemcitabine) คาร์โบพลาติน (Carboplatin) ร่วมกับเจมซิทาบิน (Gemcitabine) แพคคิเล็กเซล (Paclitaxel) ร่วมกับคาร์โบพลาติน (Carboplatin) เป็นต้น การรักษาดังกล่าวมีความต่อเนื่องและใช้เวลานาน อีกทั้งก่อให้เกิดผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์หลายอาการร่วมกัน เช่น เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า วิดกกังวล (Hench, Ploner, & Tishelman, 2009; Khamboon, Pongthavornkamol, Olson, Wattanakitkrileart, Viwatwongkasem, & Lausoontornsiri, 2015; Wang, Tsai, Chen, Lin, & Lin, 2008) เรียกว่า "กลุ่มอาการ (Symptom cluster)" ซึ่งลักษณะแต่ละอาการต่างเสริมแรงกัน เมื่อเกิดอาการหนึ่งจะกระตุ้นให้อาการอื่นตามมาหรือรุนแรงมากขึ้น ทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงโดยรวมของอาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมาก หากไม่สามารถจัดการกับกลุ่มอาการได้จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจนไม่สามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การรักษาโรคต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้น และทำให้ไม่สามารถทนต่อการรักษาและ

หยุดการรักษาไปในที่สุด นอกจากนี้อาจเกิดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล สิ้นหวัง ท้อแท้ ตลอดจนกระทบต่อบทบาททำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องรับภาระต่างๆเพิ่มขึ้น (Wang et al., 2008) ผลกระทบความรุนแรงของกลุ่มอาการดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (Hamada et al., 2016)

คุณภาพชีวิตเป็นความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Ferrell, Dow, & Grant, 1995) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเป้าหมายหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แม้ว่าปัจจุบันการรักษามีความก้าวหน้าแต่ผลกระทบจากโรคและการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอย่างมาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Hue Thu, Chanruangvanich, & Puwarawuttiparnit, 2017; Ma et al., 2014; Polanski, Polanska, Rosinczuk, Chabowski, & Chabowska, 2016) ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และสิ้นหวัง การเข้าใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดจากโรคและการรักษา รวมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Sansom, 2009 cited in Tanomjit & Thanasilp, 2015) และส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Polanskiet al., 2016) โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Luszczynska, Pawlowska, Cieslak, Knoll, & Scholz, 2013) การสนับสนุนควรเน้นการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทในเชิงรุก จัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการกลุ่มอาการแก่ผู้ป่วย รวมถึงให้มีส่วนร่วมในการประเมินการทำกิจกรรม (Jitrarat, Thanasilp, & Pudtong, 2017) โดยติดตามกระตุ้นให้การเสริมแรงให้คำปรึกษา จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Jitrarat et al., 2017; Trakoolngamden, & Thanasilp, 2012)

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาวิธีต่างๆรวมถึงเคมีบำบัด ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษามากขึ้น พบประเด็นปัญหาการจัดการกับกลุ่มอาการเนื่องจากยังไม่มีรูปแบบและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการจัดการกับกลุ่มอาการ โดยการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นจัดการกับอาการต่างๆไม่ได้คำนึงถึงอาการที่เกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการตามที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย (Kwekkeboom, Cherwin, Lee, & Wanta, 2009) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านร่างกายหรือตามแผนการรักษาของแพทย์และเป็นการจัดการตามมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพที่แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ตลอดจนไม่มีการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งข้อมูลจากการทำ Pilot study ของผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 10 คน พบว่า ไม่สอดคล้องกับความต้องการและสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Given, Given, Sikorskii, & Hadar, 2007) ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก การเกิดกลุ่มอาการเป็นการประเมินจากประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกัน การจัดการที่มีความสอดคล้องตรงกับความต้องการและเหมาะสมกับบริบทและสภาพของแต่ละคน ถือเป็นการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ (Dodd et al., 2001) ถูกนำไปใช้เพื่อจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลายต่อมาได้พัฒนาเป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง (Middle range theory) (Humphreys et al., 2014) มโนทัศน์ของทฤษฎีการจัดการอาการประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) (Bender, Jason, Franck, & Lee, 2018) การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของตนจนเข้าใจความหมายของอาการที่เกิดขึ้นและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุ

จนเข้าใจ ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ประสบกับอาการที่เกิดขึ้นจึงต้องมีส่วนร่วมในการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคนที่จะจัดการกับอาการนั้น โดยเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความต้องการของบุคคลจนเกิดผลลัพธ์ที่ตนพอใจ

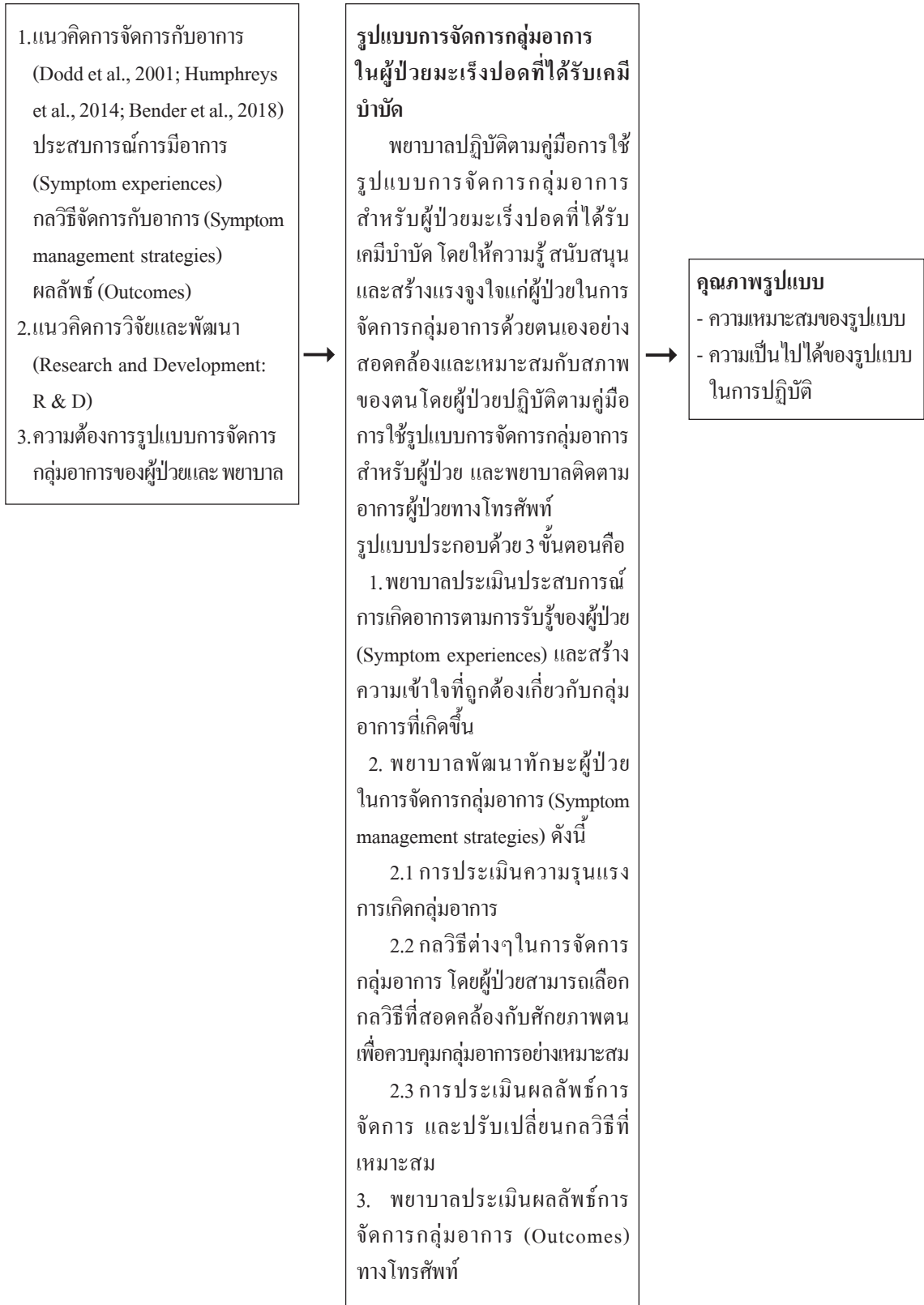
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการดังกล่าวร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ที่มีการศึกษาความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งมีประโยชน์ในการจัดการกับกลุ่มอาการอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยมุ่งหวังว่ารูปแบบการจัดการกลุ่มอาการที่พัฒนาขึ้นนี้จะสามารถนำไปใช้เพื่อช่วยในการจัดการกลุ่มอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคและความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษากครั้งนี้เป็นการบูรณาการกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2014; Bender, et al., 2018) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีจัดการอาการร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) และผลการศึกษาความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) รวบรวมข้อมูลและดำเนินการ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2559-เมษายน 2560 แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดและศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีการดำเนินการคือ

1.1 สังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนองค์ความรู้แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย เอกสาร และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องต่างๆเกี่ยวกับกลุ่มอาการ และการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2 ศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดและศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด 20 คน และพยาบาล 2 คน รวมทั้งการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพในสถานการณ์จริง

1.3 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา และใช้ในการจัดทำ(ร่าง)รูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด มีการดำเนินการคือ

2.1 นำผลการศึกษาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และผลการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย เอกสาร และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องต่างๆเกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมาพัฒนาและข่างร่างรูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบ

2.2 นำรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นในข้อ 2.1 ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ และความ

เหมาะสมของคู่มือ จากนั้นนำรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านมะเร็งโดยเฉพาะ 1 ท่าน แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านมะเร็ง 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของเครื่องมือแต่ละชุด เท่ากับ 0.5-1 ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดและพยาบาล เกี่ยวกับการเกิดกลุ่มอาการและความต้องการการจัดการกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น และแบบสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลและการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของรูปแบบและความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบสำหรับผู้ป่วยและพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในประเด็นกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ขั้นตอนที่ 2 หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เพื่อแปลความหมายเกี่ยวกับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของรูปแบบและความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบสำหรับผู้ป่วยและพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขโครงการ 591/59) ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2559

โดยมีการอธิบายเอกสาร ซึ่งแจ้งข้อมูลและรายละเอียดโครงการแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกคนก่อนลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และทำลายข้อมูลหลังการวิจัยสิ้นสุด

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในโรงพยาบาลตติยภูมิ

1.1. กลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มอาการที่พบ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและผู้ป่วยต้องการจัดการมากที่สุดคือ กลุ่มอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหารและวิตกกังวล ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมีรายละเอียด ดังนี้ "หลังได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดอาการหลายๆ อาการที่เป็นมากคือ เหนื่อยล้า อ่อนเพลียหลายวัน ไม่อยากทำอะไร อยากนอนอย่างเดียว ทรมานเหมือนร่างจะฉีกใจจะขาด ไม่มีแรง และหงุดหงิด อาหารก็ทานไม่ได้ เพ้อดิพะยอมหมั่นไปหมดเหมือนคนท้อง ไม่อยากทาน ทรมานไม่รู้จะทานอะไร ไม่กล้าทาน กลัวไปหมด ไม่รู้ร้อนไหนทานได้หรือทานไม่ได้ เมื่อทานไม่ได้ก็ยิ่งอ่อนเพลีย ยิ่งหงุดหงิด ยิ่งกังวลใจ กลัวจะแพ้ยา ใจไม่ดีกังวลว่าผลการรักษาจะดีไหม ยิ่งกังวลยิ่งทำให้ไม่อยากกิน กลัวจะรับไม่ไหว กลัวและกังวลเรื่องโรค กลัวเป็นภาระลูกหลาน และครอบครัว เคยทำอะไรได้ก็ทำไม่ได้ รู้สึกไม่มีคุณค่า กลัวผลข้างเคียง ถ้าหากทานได้ ก็จะมีแรง มีกำลังใจสู้" ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

1.2 สภาพปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคของรูปแบบเดิม

ปัญหาของการดูแลและให้คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการกลับกลุ่มอาการอย่างชัดเจน บุคลากรทีมสุขภาพจะให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการข้างเคียงทางกายที่เกิดจากยาเคมีบำบัด แต่ไม่มีการติดตามอาการ

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จนกระทั่งผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไปตามนัด บุคลากรทีมสุขภาพจึงจะสอบถามอาการข้างเคียง และให้คำแนะนำตามอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละอาการ ไม่ครอบคลุมการจัดการเป็นกลุ่มอาการ ไม่มีเครื่องมือหรือแบบประเมินในการประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่เข้าใจสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการ เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านและเกิดกลุ่มอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงได้ด้วยตนเองว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด และต้องจัดการกับกลุ่มอาการอย่างไรเมื่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมีมากขึ้นและไม่ดีขึ้น

1.3 ความต้องการรูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการ

ผู้ป่วยต้องการความรู้เกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และวิตกกังวลหลากหลายวิธีที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ตามสะดวกและสอดคล้องกับศักยภาพของตน เนื่องจากวิธีที่ได้รับคำแนะนำไปบางวิธีไม่สามารถทำได้เพราะข้อจำกัดในการเจ็บป่วยและไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งต้องการคู่มือที่นำกลับไปอ่านและปฏิบัติตามที่บ้านได้ ต้องการให้พยาบาลโทรศัพท์ติดตามสอบถามเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อที่จะสามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ รวมทั้งต้องการกำลังใจจากทีมสุขภาพ

2. ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด
ผลการตรวจสอบคุณภาพพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.20$, $SD = 0.45$) และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.50$, $SD = 0.58$) คู่มือการใช้รูปแบบสำหรับทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.16$, $SD = 0.32$, $\bar{x} = 4.34$, $SD = 0.42$ ตามลำดับ) โดยประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็น (มาตรฐานค่า 5 ระดับ) ของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน รูปแบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1) พยาบาลประเมินประสบการณ์การเกิดอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Symptom experiences) สร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ร่วมกับประเมินความรุนแรงอาการ

และความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคและการเกิดกลุ่มอาการ โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเกิดกลุ่มอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และปรับความเข้าใจให้ถูกต้อง หากผู้ป่วยรับรู้คลาดเคลื่อนจากความจริง

2) พยาบาลพัฒนาทักษะผู้ป่วยในการจัดการกลุ่มอาการ (Symptom management strategies) โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยประกอบคู่มือการใช้รูปแบบที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับกลวิธีต่างๆที่ใช้ในการจัดการกลุ่มอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ซึ่งกลวิธีต่างๆได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาทักษะผู้ป่วยในการประเมิน ความรุนแรงการเกิดกลุ่มอาการ กลวิธีต่างๆในการจัดการกับกลุ่มอาการ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกปฏิบัติตามกลวิธีที่ผู้ป่วยชอบ หรือสอดคล้องกับศักยภาพและสภาพความเจ็บป่วยของตน รวมถึงการบันทึกการจัดการ ประเมินผลลัพธ์การจัดการ และการปรับเปลี่ยนกลวิธี เพื่อควบคุมกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการ (Outcomes) โดยพยาบาลติดตามผลเป็นระยะทางโทรศัพท์ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำระหว่างที่ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการจัดการกลุ่มอาการด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดและสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและความต้องการรูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในโรงพยาบาลศัลยกรรม

1.1 กลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มอาการที่พบบ่อยก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยต้องการจัดการมากที่สุดคือ กลุ่มอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และวิตกกังวล อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดเผชิญกับอาการต่างๆ หลายอาการร่วมกัน เรียกว่า "กลุ่มอาการ (Symptom cluster)" โดยแต่ละอาการต่างเสริมแรงกัน อาการเหนื่อยล้าพบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยเฉพาะในผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด (Hendriksen, Williams, Sporn, Greer, De Grange, & Koopman, 2015; Howe, & Burkes, 2014) เกิดขึ้น

ทั้งจากพยาธิสภาพของตัวโรค จากการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการ ภาวะเบื่ออาหาร และด้านจิตใจที่เกิดความวิตกกังวล (Piper, Linsey, & Dodd, 1987) ทั้ง 3 อาการต่างเสริมแรงซึ่งกันและกัน ทำให้อาการโดยรวมรุนแรงมากขึ้น ยังมีอาการเหนื่อยล้ามาก ยิ่งทำให้วิตกกังวลมาก (Brown, McMillan, & Milroy, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน (Karomprat, Chaichan, Santawesuk, & Sookprasert, 2017; Hendriksen et al., 2015; Howe, & Burkes, 2014; Schellekens et al., 2014) ที่พบว่าอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหารและวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด มีความเกี่ยวข้องกันเกิดขึ้นบ่อย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Persson, Ostlund, Wennman-Larsen, Wengström & Gustavsson, 2008; Li et al., 2012)

1.2 สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคของรูปแบบเดิม

รูปแบบเดิมไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการกลุ่มอาการที่ชัดเจน ไม่มีการประเมินประสบการณ์การเกิดกลุ่มอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยบุคลากรทีมสุขภาพจะสอบถามถึงอาการข้างเคียงทางกายที่เกิดจากยาเคมีบำบัดและแนะนำการจัดการแต่ละอาการตามมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งไม่ครอบคลุมการจัดการทั้งกลุ่มอาการตลอดจนไม่มีการติดตามผล จึงทำให้การจัดการกลุ่มอาการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการ ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนปรับเปลี่ยนกลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับกลุ่มอาการได้ด้วยตนเอง ปรากฏการณ์ดังกล่าวอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการ (Bender et al., 2018) ที่ให้แนวทางว่า การจัดการอาการที่ดีนั้น บุคคลแต่ละคนต้องมีการประเมินประสบการณ์การรับรู้ (Symptom experiences) มีการรับรู้อาการที่ถูกต้อง และสอดคล้องตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น เข้าใจความหมายของอาการที่เกิดขึ้นและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุจนเข้าใจ การเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากบุคคลรับรู้ประสบการณ์การมีอาการแล้ว จะเกิดกลยุทธ์ในการจัดการ

(Symptom management strategies) ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง เป็นความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคนที่จะจัดการกับอาการนั้นจนเกิดผลลัพธ์ (Outcome) ที่ตนพอใจ เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความต้องการของบุคคลซึ่งประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่จี๊ดจะพบว่า ความรุนแรงของอาการลดลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Bender et al., 2018) ด้วยเหตุที่รูปแบบเดิมไม่ครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการดังกล่าวจึงทำให้การจัดการกลุ่มอาการไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช จิตราวัชร, สุริพร ธนศิลป์, และนพมาศ พัดทอง (Jitrarat et al., 2017) รวมทั้งเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุริพร ธนศิลป์ (Trakoolngamden, & Thanasilp, 2012) ที่พบว่า การจัดการอาการต้องเน้นการจัดการกับอาการทั้งจากสาเหตุและอาการพร้อมๆ กัน ต้องเริ่มจากการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความหมาย สาเหตุและความสัมพันธ์ของอาการจนเข้าใจ รวมทั้งตระหนักเห็นความสำคัญในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้น โดยความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและการได้รับการเสริมแรงในการจัดการกับอาการจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการรูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการ

ผู้ป่วยต้องการความรู้และกลวิธีที่หลากหลายในการจัดการกลุ่มอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และวิตกกังวลที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ตามสะดวกและสอดคล้องกับศักยภาพของตน ต้องการคู่มือที่สามารถอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำที่บ้านได้ รวมทั้งต้องการให้พยาบาลโทรศัพท์ติดตามสอบถามเมื่อกลับบ้าน เพื่อสามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ และต้องการกำลังใจจากทีมสุขภาพเหตุที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลอยู่ในสถานะเจ็บป่วยจะเกิดความไม่สมดุล บุคคลจึงต้องการการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลชีวิต แต่การดูแลส่วนใหญ่จะมุ่งประเด็น ไปที่ร่างกายมากกว่าจิตใจและเป็นไปในรูปแบบของการทำเป็นประจำ (Routine) ที่จัดกระทำตามที่ทีมสุขภาพจัดให้ ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมทุกด้านและไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (Tanomjit et al., 2015) ประกอบกับแนวคิดความต้องการพื้นฐานของ Maslow (McLeod,

2018) ในขั้นที่ 1 มีการระบุว่าบุคคลมีความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย ถ้าบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองบุคคลจะขวบขวายเพื่อตอบสนองความต้องการนี้ การพยาบาลที่ดีควรมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรมีบทบาทเชิงรุก โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ตลอดจนประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ครบถ้วน (Tanomjit et al., 2015)

2. ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

รูปแบบมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.20$, $SD = 0.45$) และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.50$, $SD = 0.58$) ประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและทีมสุขภาพอย่างแท้จริง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ประกอบกับคู่มือสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการประเมินความรุนแรงอาการ จัดการกับกลุ่มอาการและปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของตนครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2014; Bender et al., 2018) แตกต่างจากรูปแบบเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลด้านการจัดการอาการด้านร่างกายที่เกิดจากยาเคมีบำบัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนดวันนัด และการมาตรวจตามนัด ซึ่งไม่ได้รับการประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงในการจัดการอาการด้วยตนเอง และไม่ได้รับการเสริมแรงในการจัดการกลุ่มอาการ

การที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินประสิทธิภาพการเกิดอาการตามการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและพยาบาลรับฟังอย่างเข้าใจ พยาบาลปรับกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดกลุ่มอาการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง อีกทั้งผู้ป่วย

ได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการกลุ่มอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการจัดการกลุ่มอาการที่สอดคล้องกับศักยภาพของตนและมีความมั่นใจในการจัดการมากขึ้นเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการที่ประกอบด้วย 3 โมโนทัศน์ คือ การประเมินประสบการณ์การเกิดอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcome) กล่าวคือ การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของตนจนเข้าใจความหมายของอาการที่เกิดขึ้นและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุจนเข้าใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการที่ผู้ป่วยจะเลือกใช้ หากบุคคลรับรู้และเข้าใจในสาเหตุและผลกระทบของการเกิดที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การแสวงหากลวิธีจัดการกับอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและคงภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายตามปกติ หากได้ผลดีผู้ป่วยจะทำเช่นนั้นๆต่อไป แต่ถ้าวิธีนั้นไม่ประสบผลสำเร็จผู้ป่วยอาจรับรู้และประเมินอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม (Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2014; Bender et al., 2018)

นอกจากนี้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดให้พยาบาลมีการติดตามกระตุ้น เสริมแรง ให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้คำปรึกษาต่างๆซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การจัดการกลุ่มอาการมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ความทุกข์ทรมานทางกายจากอาการต่างๆของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกสบายใจ คลายความวิตกกังวล ดูแลตัวเองได้ ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัวและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและมีชีวิตอยู่ต่อไป ผลการสร้างรูปแบบในงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช จิตราวัชร, สุริพร ธนศิลป์, และนพมาศ พัดทอง (Jitrarat et al., 2017) รวมถึงเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุริพร ธนศิลป์ (Trakoolngamden et al., 2012) ที่พบว่า การได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการอาการจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการจัดการมากขึ้นและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งคู่มือที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไป

ทบทวนความรู้ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านที่เห็นว่าการจัดการกับความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรค (Polanski et al., 2016) และการจัดการอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหารและความวิตกกังวล (Li et al., 2012) รวมทั้งการให้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ (Hue Thu et al., 2017) สามารถช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการกลุ่มอาการต่อการลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ และการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดตลอดจนประเมินรูปแบบว่ามีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้มีความคุ้มค่าและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

- Bender, M.S., Jason, S.L., Franck, L.S., & Lee, K.A. (2018). Theory of symptom management. In M. J. Smith & P.R.Liehr (Ed.). *Middle range theory for nursing* (4th ed.) (pp.147-177) New York: Springer publishing.
- Brown, D.J., McMillan, D.C., & Milroy, R. (2005). The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer*, 103(2),377-382.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5),668-676.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), 359-386.

- Ferrell, B.R., Dow, K.H., & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Qual Life Res*, 4(6), 523-531.
- Given, B.A., Given, C.W., Sikorskii, A., & Hadar, N. (2007). Symptom clusters and physical functions for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing*, 23(2), 121-126.
- Hamada, Y., Komatsu, H., Rosenzweig, M. Q., Chohnabayashi, N., Nishimura, N., Oizumi, S., & Ren, D. (2016). Impact of symptom clusters on quality of life outcomes in patients from Japan with advanced non-small cell lung cancers. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(4), 370-381.
- Hendriksen, E., Williams, E., Sporn, N., Greer, J., DeGrange, A., & Koopman, C. (2015). Worried together: A qualitative study of shared anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer and their family caregivers. *Support Care Cancer*, 23, 1035-1041.
- Henoch, I., Ploner, A., & Tishelman, C. (2009). Increasing stringency in symptom cluster research: A methodological exploration of symptom clusters in patients with inoperable lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 282-292.
- Howe, M., & Burkes, R.L. (2014). Collaborative care in NSCLC: The role of early palliative care. *Frontiers in Oncology*, 4(192), 1-3.
- Hue Thu, P. T., Chanruangvanich, & Puwarawuttipanit. (2017). Factors associated with quality of life among patients with lung cancer. *Journal of Nursing Science*, 35(1), 79-86.
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K.A., Puntillo, K., ... Kennedy, C. (2014). Theory of symptom management. In M.J. Smith & P.R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing*. (2nd ed.) (pp.141-164). New York: Springer.
- Jitratrat, N., Thanasilp, S. & Pudtong, N. (2017). The effect of symptom management combined with meditation practice on dyspnea in advanced lung cancer patients undergoing chemotherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(1), 24-37. [In Thai].
- Karomprat, A., Chaichan, P., Santawesuk, U., & Sookprasert, A. (2017). Symptoms, symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 326-331. [In Thai].
- Khamboon, T., Pongthavornkamol, K., Olson, K., Wattanakitkileart, D., Viwatwongkasem, C., & Lausoontornsiri, W. (2015). Symptom experiences and symptom cluster across dimensions in Thais with advanced lung cancer. *Pacific Rim International Thai Journal of Nursing Research*, 19(4), 330-344. [In Thai].
- Kwekkeboom, K.L., Cherwin, C.H., Lee, J.W., & Wanta, B. (2009). Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 126-138.
- Li, T.C., Li, C.I., Tseng, C.H., Lin, K.S., Yang, S.Y., Chen, C.Y., ... Lin, C.C. (2012). *Quality of life predicts survival in patients with non-small cell lung cancer*. Retrieved from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-790>.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: A systematic review. *Psychooncology*, 22(10), 2160-2168.
- Ma, Y., Yang, Y., Huang, Y., Zhao, H., Hou, X., Tian, Y., ... Zhang, L. (2014). An investigation of symptom burden and quality of life in Chinese chemo-naïve advanced lung cancer patients by using the Instrument-Cloud QOL System. *Lung Cancer*, 84, 301-306.

- McLeod, S. (2018). *Maslow's Hierarchy of Needs*. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- National Cancer Institute. (2017). Hospital based cancer registry 2017: *Number of new trachea, bronchus & lung cancer patient by treatment and sex 2017*. Retrived from http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202016%20Revise%204%20Final.pdf
- Persson, C., Ostlund, U., Wennman-Larsen, A., Wengström, Y., & Gustavsson, P. (2008). Health-related quality of life in significant others of patients dying from lung cancer. *Palliative Medicine Journal*, 22(3), 239-247.
- Piper, B.F., Lindsey, A.M., & Dodd, M.J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 17-23.
- Polanski, J., Polanska, B. J., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Chabowska, A. Z. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, 9, 1023-1028.
- Schellekens. M.P., Van den Hurk, D.G., Prins, J.B., Molema, J., Donders, A.R., Woertman, W.H., ... Speckens, A.E. (2014). Study protocol of a randomized controlled trial comparing mindfulness-based stress reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: The MILON study. *BMC Cancer*, 14(3), 1-9.
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *Public Health Statistics, Number and Mortality Rates per 100,000 Population by Sex and Causes of Death (According to ICD general Mortality Tabulation List 1, the 10 th Revision) 2013-2017*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf
- Tanomjit, K. & Thanasilp, S. (2015). Selected factors related to quality of life of patients with lung cancer. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(1), 120-132. [In Thai].
- Trakoolngamden, B., & Thanasilp, S. (2012). The effect of symptom management program focusing on praying on pain of terminal cancer patients. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*, 5(1), 30-42.
- Wang, S., Tsai, C., Chen, B., Lin, C., & Lin, C. (2008). Symptom clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 35(3), 258-266.
- Zebrack, B.J. (2001). Cancer survivor identify and quality of life. *Cancer Practice*, 8(5), 238-242.