

วารสารโรคมะเร็ง

THAI CANCER JOURNAL



ปีที่ 38 ฉบับที่ 3
กรกฎาคม-กันยายน 2561

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- การศึกษาเปรียบเทียบผลของน้ำยาบ้วนปากสามสูตรของโรงพยาบาลจังหวัดน่านต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด
- การประเมินคุณภาพบริการและความต้องการข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง

บทพินิจวิชาการ (Review Articles)

- บทบาทพยาบาลในการดูแลต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากการรับรู้อาการในผู้ป่วยมะเร็ง

Vol. 38 No. 3
July-September 2018

ISSN 0125-2038



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณาธิการ

ธีรวุฒิ คุณะเปรมะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

จรัญญา งามขำ

ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง

สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์

อารีย์ ประสิทธิพยงค์

คณะบรรณาธิการ

กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ

กวิญ ลีละวัฒน์

दनัย ทิวาเวช

ถวิล กลิ่นวิมล

ธนเดช สินธุเสก

ธนู ลอบันดิศ

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย

ประติรพ ปุณโณทก

ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล

วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์

วิสิทธิ์ สุภครพงษ์กุล

วีรวุฒิ อิมสำราญ

วิจิต อาภรณ์วิรัตน์

วุฒิ สุเมธโชติเมธา

วสันต์ ลีนะสมิต

สมเกียรติ ลลิตวงศา

สมจินต์ จินดาวิจักษณ์

สมชาย ณะสิทธิชัย

สุดสวาท เลหาวิณีจ

สุพล มโนรมณ์

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

อนันต์ กรลักษ์ณ์

อาคม ชัยวีระวัฒน์

อรรช เอี่ยมอารีรัตน์

อรรถสิทธิ์ ศรีสุปัติ

พิมพ์ที่ บริษัท โพลีการพิมพ์ จำกัด

373 ถ.เจริญสินทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2424-8715 แฟกซ์. 0-2879-7082



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

Cancer Research Foundation for National Cancer Institute

Editor-in-Chief

Thiravud Khuaprema

Assistant Editors

Jarunya Ngamkham

Suleeporn Sangrajang

Sunanta Chariyalertsak

Aree Prasitthipayong

Editorial Board

Kitisak Thepsuwan

Kawin Leelawat

Danai Tiwawech

Tawin Klinvimol

Tanadej Sinthusake

Dhanoo Lawbundis

Prasert Lertsanguansinchai

Pratirop Poonotoke

Punyarat Lapvongwatana

Petcharin Srivatanakul

Vajrabhongsas Bhuddisawasdi

Wisit Supakrapongkul

Weerawut Imsamran

Vichit Arpornwirat

Wutthi Sumetchotimaytha

Vasant Linasmita

Somkiat Lalitwongsa

Somjin Chindavijak

Somchai Thanasitthichai

Sudsawat Laohavinij

Suphon Manoromana

Suwat Chariyalertsak

Anant Karalak

Arkom Chaiwerawattana

Orachorn Aimarreeerat

Attasit Srisubat

KOSIT PRESS COMPANY LIMITED

373 Charansanitwong Rd., Bang-ow, Bangplad, Bangkok 10700 Tel. 0-2424-8715 Fax : 0-2879-7082



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงาน

สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2202-6800 ต่อ 2205
โทรสาร 0-2644-9097

เว็บไซต์เผยแพร่

www.nci.go.th, www.kmnci.com/km/,
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TCJ>

กำหนดการเผยแพร่

กำหนดออกทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม,
เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)

การส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2202-6800 ต่อ 2205
โทรสาร 0-2644-9097
E - mail : thaicancerj@gmail.com



สารบัญ Content

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม-กันยายน 2561

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- การศึกษาเปรียบเทียบผลของน้ำยาบ้วนปากสามสูตรของโรงพยาบาลจังหวัดน่าน 95
ต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ปณัฐดา กันทาเดช, ยุทธพงศ์ สุวรรณพงศ์, เยาวเรศรัศิ์ เชื้อนจันธนาถ, วิจารณ์ ฝัวอ่อน, สุรัชย์ โกติรัมย์

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแล 105
ตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวล
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด

พวงทอง จินดากุล, อำภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดิ์วงศ์

- การประเมินคุณภาพบริการและความต้องการข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการใน 117
คลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง

อลิสสา ช่วงอรุณ, พัทธี เจริญพร, นรมล พจน์ดั่ง, เปรมฤดี บุญภักทรานนท์

บทพิเคราะห์วิชาการ (Review Articles)

- บทบาทพยาบาลในการดูแลต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากการรับรู้ข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง 129
สมพร ปานผดุง, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

- คำแนะนำการส่งต้นฉบับ 142

การศึกษาเปรียบเทียบผลของน้ำยาบ้วนปากสามสูตรของ โรงพยาบาลจังหวัดน่านต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ปณัฐดา กันทาเดช¹

เยาวเรศรัตน์ เชื้อนจันธนาภ¹

สุรัชย์ โกติรัมย์^{2*}

ยุทธพงศ์ สุวรรณพงศ์¹

วิภารัตน์ ผิวอ่อน¹

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของน้ำยาบ้วนปากสามสูตร ได้แก่ สูตรน้ำเกลือ สูตรน้ำผงฟู และสูตรผสมระหว่างน้ำเกลือกับผงฟู ต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน เพื่อใช้เป็นแนวการป้องกันและบรรเทาการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ทำการสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับน้ำยาบ้วนปากสูตรที่แตกต่างกันในแต่ละครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด โดยที่ผู้ป่วยและผู้ประเมินไม่ทราบชนิดน้ำยาบ้วนปากที่ได้รับ (double blind) ใช้น้ำยาบ้วนปากติดต่อกันนาน 14 วัน และหยุดใช้น้ำยาบ้วนปาก 7 วัน ประเมินการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบตาม WHO mucositis grading system และให้ผู้ป่วยกลุ่มเดิมเปลี่ยนน้ำยาบ้วนปากเป็นสูตรอื่นจนครบ 3 สูตร ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 88 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับน้ำยาบ้วนปากทั้งหมดจำนวน 264 ครั้ง แบ่งเป็นน้ำยาบ้วนปากแต่ละสูตร ๆ ละ 88 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งหมด 85 ครั้ง จำแนกเป็นสูตรน้ำเกลือ 37 ครั้ง (ร้อยละ 42.05) สูตรน้ำผงฟู 30 ครั้ง (ร้อยละ 34.09) และสูตรผสมระหว่างน้ำเกลือกับผงฟู 18 ครั้ง (ร้อยละ 20.45) เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากทั้งสามกลุ่ม โดยใช้กลุ่มสูตรน้ำเกลือเป็นตัวเปรียบเทียบ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับน้ำยาบ้วนปากสูตรน้ำผงฟูมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบไม่ต่างกับกลุ่มใช้น้ำเกลือ (odds ratio=0.60, $P=0.145$) แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับสูตรน้ำเกลือผสมน้ำผงฟูมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างชัดเจน (odds ratio=0.21, $P<0.001$) ทั้งนี้การใช้น้ำยาบ้วนปากทั้งสามสูตรหลังจากที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว ไม่พบความแตกต่างของประสิทธิภาพในการลดความรุนแรง ระยะเวลากการเริ่มเกิดแผลและระยะเวลากการหายของแผลในช่องปาก (วารสารโรคมะเร็ง 2561;38:95-104)

คำสำคัญ: ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ น้ำยาบ้วนปาก ผู้ป่วยมะเร็ง เคมีบำบัด

¹หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ²หมวดวิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี

The Comparative Effects of Three Mouthwash Formulas at Nan Provincial Hospital on Oral Mucositis among Cancer Patients Undergoing Chemotherapy

by Panutda Kuntrasat¹, Yuthapong Suwannapong¹, Yaowaresas Khueanjantanalap¹, Wiparat Phew-on¹, Surachai Kotirum²

¹Chemotherapy Unit, Nan Hospital, Nan, ²Social and Administrative Pharmacy Department, Faculty of Pharmacy, Rangsit University, Pathumthani

Abstract This experimental study aimed to compare the protective effect of three mouthwash formulas--saline solution, baking powder solution, and saline-baking powder solution--on the oral mucositis status of cancer patients undergoing chemotherapy. A total of eighty-eight patients who presented at the Chemotherapy Unit, Nan provincial hospital, between December 1, 2015 and November 30, 2016, were randomly double-blind assigned to use the different mouthwash formulas after each chemotherapy session. The mouthwash regimen lasted 14 days, with a 7-day wash-out period. The participants used three mouthwash formulas. Each mouthwash formula was used 88 times, for a total of 264 administrations. Oral mucositis occurred 85 times in total: in the group using saline solution, 37 times (42.05%); baking powder solution, 30 times (34.09%), and saline-baking powder solution, 18 times (20.45%). The risks of oral mucositis among the three groups were compared; no difference was found between the saline solution and baking powder solution (odds ratio=0.60, $P=0.145$). However, the saline-baking powder mixture showed significantly lower risk (odds ratio=0.21, $P<0.001$). There was no difference in severity grade, progression time, or time to recover from inflammation, among the oral mucositis patients after using any of the three mouthwash formulas. (*Thai Cancer J* 2018;38:95-104)

Keywords: oral mucositis, mouthwash solution, cancer patient, chemotherapy

บทนำ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 40^{1,2} ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังจากรับยาเคมีบำบัดภายใน 1-2 สัปดาห์^{3,4} ผู้ป่วยบางรายมีอาการแสบร้อนในช่องปาก มีแผลร่วมกับมีอาการเจ็บปวด และบางรายที่เป็นมากอาจรับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาจเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ นำไปสู่การติดเชื้อได้ง่ายขึ้น โดยอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบพบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มต้านเมตาบอลิซึม (antimetabolites) เช่น ฟลูออโรยูราซิล (fluorouracil)

เมทโทเทรกเซท (methotrexate)⁵⁻⁷ เป็นต้น ทั้งนี้การมีสุขภาพอนามัยในช่องปากและฟันไม่ดีเพิ่มโอกาสที่จะเกิดแผลในปากเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน การบ้วนปากหลังการรับประทานอาหารและก่อนนอนจะช่วยให้สุขภาพอนามัยในช่องปากผู้ป่วยดีขึ้น^{3,7,8}

จากการศึกษาของ Fred Hutchinson Cancer Research Center⁹ พบว่าการอมน้ำแข็งหรือการใช้น้ำเกลือบ้วนปากสามารถลดความรุนแรงและช่วยป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็ง multiple myeloma ที่ได้รับยา melphalan การศึกษาของ Choi SE และคณะ¹⁰ พบว่าสูตรน้ำผงฟูบ้วนปากมีประสิทธิภาพในการบรรเทาภาวะเยื่อในช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute

leukemia) มากกว่าน้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซิดีน และจากการศึกษาของ Dodd MJ และคณะ¹¹ พบว่าน้ำยาบ้วนปากสามสูตร คือน้ำยาบ้วนปากสูตรผสมระหว่างน้ำเกลือกับผงฟู น้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซิดีนและน้ำยาบ้วนปากสูตรผสมระหว่างลิโดเคนไดเฟนไฮโดรามีนกับอลูมิเนียมไฮดรอกไซด์มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน

การศึกษาในประเทศไทย มีการใช้น้ำยาบ้วนปากในการป้องกันและบรรเทาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากยาเคมีบำบัดมีหลายชนิด เช่น สูตรน้ำเกลือ สูตรน้ำผงฟู สูตรคลอร์เฮกซิดีน สูตรผสมระหว่างลิโดเคน ไดเฟนไฮโดรามีนกับอลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ เป็นต้น สามารถช่วยบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ ในทางปฏิบัติยังคงพบปัญหาและข้อจำกัดในการนำไปใช้ เช่น กระบวนการเตรียมที่ยุ่งยากซับซ้อน มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ อาจเกิดการระคายเคืองภายในช่องปากเพิ่มขึ้น อีกทั้งบางชนิดมีราคาสูง เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า สูตรน้ำเกลือ สูตรน้ำผงฟู และน้ำยาบ้วนปากสูตรผสมระหว่างน้ำเกลือกับผงฟู มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างน้ำยาบ้วนปากทั้งสามชนิดนี้ อีกทั้งข้อดีของน้ำยาบ้วนปากสามสูตรดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถเตรียมได้เอง ประหยัดค่าใช้จ่าย สะดวกในการพกพา จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากสูตรน้ำเกลือ สูตรน้ำผงฟู และสูตรผสมระหว่างน้ำเกลือกับผงฟู ต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งนี้ เพื่อนำ

ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและบรรเทาการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นแบบทดลอง ทำในรูปแบบสุ่มให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับน้ำยาบ้วนปากทั้งสามชนิดที่แตกต่างกันในแต่ละครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากแต่ละชนิด ต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาและผู้ประเมินไม่ทราบชนิดน้ำยาบ้วนปากที่ได้รับมาก่อน เก็บข้อมูล ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด หรือมะเร็งทางเม็ดเลือดกลุ่มลิมโฟมา (diffuse large B cell lymphoma; DLBCL) และได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษามากกว่า 3 ครั้ง ไม่มีปัญหาทางช่องปาก เช่น ฟันผุ ไม่มีการติดเชื้อภายในช่องปาก สามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองหรือมีญาติดูแลได้ มีนิวโทรฟิล (neutrophil) มากกว่า 1500 เซลต่อลูกบาศก์เซนติเมตร และสามารถเข้ารับยาเคมีบำบัดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ข้อมูลการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง สุนทรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ประวัติการสูบบุหรี่ และ แบบบันทึกอาการในช่องปาก ให้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก^{12,13} โดยเครื่องมือนี้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไว้ 5 ระดับตามลักษณะที่ตรวจพบ ได้แก่ สีของเยื่อช่องปาก การเกิดแผล ความเจ็บปวดในช่องปาก และความสามารถในการรับประทานอาหารดังนี้ ระดับ 0 (none) หมายถึงเยื่อช่องปากปกติ ไม่มีการอักเสบหรือแผล ระดับ 1 (oral soreness, erythema) หมายถึงเยื่อช่องปากมีการอักเสบแดง แต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย ระดับ 2 (oral erythema, ulcer, solid diet tolerated) หมายถึงเยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวดหรือมีแผล แต่สามารถรับประทานอาหารธรรมดา หรืออาหารอ่อนได้ ระดับ 3 (oral ulcers, liquid diet only) หมายถึงเยื่อช่องปากมีสีแดงกระจายมากขึ้น มีอาการบวม มีอาการปวดหรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้เท่านั้น ระดับ 4 (oral alimentation impossible) หมายถึงมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรง จนไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำ โดยผู้วิจัยทำการประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการตอบแบบสอบถามอาการร่วมกับการประเมินช่องปาก จำนวนวันที่เริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ หมายถึงระยะเวลาเป็นวัน นับจากวันที่ได้รับยาเคมีบำบัดจนเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วงประกอบด้วย เกิดภาวะเยื่อช่องปาก

ภายใน 1-3 วัน เกิดภาวะเยื่อช่องปากภายใน 4-7 วัน และเกิดภาวะเยื่อช่องปากภายใน 8-11 วัน ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบดีขึ้น หมายถึง จำนวนวันของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 1 ขึ้นไป จนอาการกลับสู่ภาวะปกติ แบ่งเป็น 2 ช่วงประกอบด้วย มีแผลในช่องปากและอาการดีขึ้นภายใน 1-7 วัน หรือ มีแผลในช่องปากและอาการดีขึ้นภายใน 8-14 วัน ให้ผู้ป่วยลงแบบบันทึกอาการในช่องปาก ประกอบด้วย ลักษณะเยื่อช่องปาก ความเจ็บปวดในช่องปาก ชนิดอาหารที่รับประทาน โดยแยกเป็นรายการย่อยให้ตรงตามแบบประเมินเยื่อช่องปากตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุอาการในช่องปากของตนเองได้ นำแบบประเมินส่งคืนในวันที่รับยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป เพื่อให้พยาบาลประเมินซ้ำอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลน่าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแผนการเก็บข้อมูลและการวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา และรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการศึกษาย่างเคร่งครัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามก่อนเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำการวิจัยเก็บข้อมูลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรจากผู้ที่มาเข้ารับบริการ และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้

จากนั้นผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการ แจ้งการพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งประเมินสภาวะเยื่อช่องปากและความผิดปกติอื่น ๆ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที จากนั้นให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมผสมน้ำยาบ้วนปากสามสูตร คือ สูตรน้ำเกลือ โดยใช้เกลือผงครึ่งช้อนชาผสมน้ำสะอาด 240 ซีซี สูตรน้ำผงฟู โดยใช้ผงฟูครึ่งช้อนชาผสมน้ำสะอาด 240 ซีซี และสูตรน้ำเกลือกับผงฟู โดยใช้เกลือผงครึ่งช้อนชากับผงฟูครึ่งช้อนชาผสมน้ำสะอาด 240 ซีซี และวิธีการอมกลั้วปาก ครั้งละประมาณ 60 ซีซี นาน 2-3 นาที วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน แนะนำวิธีสังเกตการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ พร้อมทั้งบอกแนวทางการดูแลเบื้องต้น และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาลงคำถามเพิ่มเติม

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มที่ได้รับน้ำยาบ้วนปากสูตรที่แตกต่างกันในครั้งที่ 1 ของการรักษา และเปลี่ยนเป็นสูตรที่ไม่เคยได้รับในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของการรักษา โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบชนิดของน้ำยาบ้วนปากที่ได้รับ และต้องใช้น้ำยาบ้วนปากติดต่อกัน 14 วัน หลังจากนั้นหยุดใช้น้ำยาบ้วนปาก (washout period) 7 วัน แล้วประเมินการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบตาม WHO mucositis grading system ด้วยการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกอาการในช่องปาก และเปลี่ยนเป็นน้ำยาบ้วนปากสูตรถัดไปจนครบทั้งสามสูตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยโปรแกรม

สำเร็จรูปทางสถิติเพื่อแสดงข้อมูลพื้นฐานเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ และเปรียบเทียบผลการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยใช้สถิติ non-parametric test for trend เพื่อหาแนวโน้มการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และสถิติ multiple logistic regression เพื่อหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยแสดงผลเป็น odds ratio ตามเงื่อนไขทางสถิติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 พบว่า มีผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 88 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 11 ราย และเพศหญิง 77 ราย (ร้อยละ 12.5 และ 87.5 ตามลำดับ) ผู้เข้าร่วมการศึกษาร่วมใหญ่ (ร้อยละ 73.86) มีอายุ ≥ 50 ปี และพบร้อยละ 71.59 เป็นมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.45) ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ประกอบด้วย สูตร FAC, CMF และ AC โดยพบร้อยละ 38.64, 14.77 และ 13.64 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสูตรยาเคมีบำบัดที่มีส่วนประกอบของฟลูโอโรยูราซิลหรือเมทโทเทรกเซต (ตารางที่ 1)

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 64.5 ปี (ร้อยละ 42.05) สูตมน้ำเกลือ จำนวน 37 ครั้ง (ร้อยละ 42.05) สูตมน้ำผงฟู จำนวน 30 ครั้ง (ร้อยละ

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	12.50
หญิง	77	87.50
อายุ (ปี)		
25-49	13	26.14
50 หรือมากกว่า	65	73.86
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย		
มะเร็งเต้านม	63	71.59
มะเร็งลำไส้หรือทวารหนัก	8	09.09
มะเร็งปอด	8	09.09
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	9	10.23
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	4	04.55
ไม่สูบ	84	95.45
สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ		
FAC	34	38.64
CMF	13	14.77
AC	12	13.64
AC-T	4	4.55
5-FU/LV	8	9.09
Paclitaxel/Carboplatin	5	5.68
Carboplatin/Etoposide	2	2.27
CHOP	9	10.23
CHOEP	1	1.14

34.09) และ สูตรผสมระหว่างน้ำเกลือกับผงฟู จำนวน 18 ครั้ง (ร้อยละ 20.45) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละกลุ่ม พบว่า

กลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรน้ำเกลือผสมผงฟูมีการอักเสบที่เยื่อช่องปากน้อยกว่าอีกสองกลุ่ม ($P=0.002$) แต่ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้วพบว่า น้ำยาบ้วนปากทั้งสามสูตรไม่มีผลต่อความรุนแรงของการเกิดช่องปากอักเสบ ระยะเวลาเริ่มเกิดแผลในช่องปาก และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหายเร็วขึ้น ($P=0.709$, 0.470 และ 0.559 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากโดยใช้สูตรน้ำเกลือเป็นตัวเปรียบเทียบ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับน้ำยาบ้วนปากสูตรน้ำผงฟูมีความเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบไม่ต่างกับกลุ่มที่ใช้สูตรน้ำเกลือ ($P=0.145$) แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับสูตรน้ำเกลือผสมน้ำผงฟู พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้สูตรน้ำเกลือบ้วนปาก โดยมีค่า odds ratio (OR)=0.21 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรผสมน้ำเกลือกับผงฟูมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่าการใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรน้ำเกลือ หรือสูตรน้ำผงฟูเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ น้ำผงฟูมีฤทธิ์เป็นด่างอ่อน ช่วยลดความเป็นกรดและเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก ส่วนน้ำเกลือช่วยลดอาการแสบร้อนระคายเคืองภายในช่องปาก สามารถลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลหลายแห่งยังคงใช้สูตรน้ำเกลือ หรือสูตร

ตารางที่ 2 ผลการใช้น้ำยาบ้วนปากสามสูตรกับการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	น้ำยาบ้วนปาก						P
	น้ำเกลือ		น้ำผงฟู		น้ำเกลือผสมน้ำผงฟู		
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	
เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ	37	42.05	30	34.09	18	20.45	0.002
ความรุนแรง							0.709
ระดับ 1	24	27.27	20	22.73	13	14.77	
ระดับ 2	11	12.51	9	10.22	3	3.41	
ระดับ 3	2	2.27	1	1.14	2	2.27	
ระดับ 4	0	0	0	0	0	0	
เริ่มเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ							0.470
ภายใน 1-3 วัน	17	19.32	9	10.23	7	7.95	
ภายใน 4-7 วัน	11	12.50	12	13.64	5	5.68	
ภายใน 8-11 วัน	4	4.55	6	6.82	4	4.55	
ภายใน 12-14 วัน	5	5.68	3	3.41	2	2.29	
เยื่อช่องปากอักเสบดีขึ้น							0.559
ภายใน 1-7 วัน	26	29.55	22	25.00	14	15.91	
ภายใน 8-14 วัน	11	12.50	8	9.09	4	4.55	

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการใช้น้ำยาบ้วนปากสามสูตรที่ศึกษา

น้ำยาบ้วนปาก	OR (95%CI)	P
สูตรน้ำเกลือ	1.00	
สูตรน้ำผงฟู	0.60 (0.30-1.29)	0.145
น้ำเกลือผสมน้ำผงฟู	0.21 (0.10-0.48)	<0.001

OR=odds ratio, CI=confidence interval

น้ำผึ้งบ้วนปากเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอใน
การป้องกัน การใช้ยาบ้วนปากหลังจากเกิดภาวะ
เยื่อช่องปากอักเสบแล้วพบว่าไม่สามารถช่วยลดความ
รุนแรง ระยะเวลาการเริ่มเกิดแผลในช่องปาก หรือ
ทำให้แผลใน ปากหายเร็วขึ้นดังนั้นการใช้น้ำยาอม
บ้วนปากตั้งแต่ได้รับยาเคมีบำบัดวันแรก เพื่อป้องกัน
การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการศึกษาของ Dodd MJ และคณะ¹¹
ทำการศึกษเปรียบเทียบประสิทธิภาพของน้ำยา
บ้วนปากสามสูตร ประกอบด้วยน้ำยาบ้วนปากสูตร
ผสมระหว่างน้ำเกลือกับน้ำผึ้ง น้ำยาบ้วนปากสูตร
คลอร์เฮกซิดีน และน้ำยาบ้วนปากสูตรผสมระหว่าง
ลิโดเคน ไดเฟนไฮดรามีนกับอลูมิเนียมไฮดรอกไซด์
พบว่าประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันทั้งนี้ น้ำยาบ้วนปาก
สูตรผสมระหว่างลิโดเคน ไดเฟนไฮดรามีนกับอลูมิเนียม
ไฮดรอกไซด์ และ น้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซิดีน ไม่เป็น
ที่นิยมใช้เนื่องจากการเตรียมค่อนข้างซับซ้อนและมี
ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จากการศึกษาของ Barasch A
และคณะ¹⁴ พบว่า น้ำยาบ้วนปากสูตรมีแอลกอฮอล์
เป็นส่วนผสมทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก
โรงพยาบาลหลายแห่งจึงไม่นิยมใช้ และมีบางการ
ศึกษาพบว่า การใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรคลอร์เฮกซิดีน
ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการลดความรุนแรงของ
ภาวะช่องปากอักเสบได้ ส่วนการใช้น้ำยาบ้วนปาก
สูตรน้ำเกลือสามารถช่วยลดการระคายเคืองภายใน
ช่องปากได้ เนื่องจากคุณสมบัติที่เป็นกลาง (isotonic)
และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย¹⁵ และการศึกษาของ
Sorensen JB และคณะ¹⁶ พบว่าน้ำยาบ้วนปากสูตร

น้ำเกลือ สามารถช่วยลดการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ
ได้ดีกว่าการใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรคลอร์เฮกซิดีนและ
การอมน้ำแข็ง ส่วนการใช้น้ำผึ้งในการบ้วนปาก
แม้จะมีประสิทธิภาพในการลดปากอักเสบได้ แต่ไม่
เป็นที่นิยมใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเนื่องจากรสชาติที่ไม่ดี¹⁵
แต่มีบางการศึกษาพบว่า น้ำยาบ้วนปากสูตรผงไม่มี
ประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปาก
อักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและฉายแสง
ร่วมกัน¹⁷ ซึ่งจากข้อมูลที่สืบค้นพบว่า ประสิทธิภาพของ
น้ำยาบ้วนปากในแต่ละสูตรยังไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับหลาย
ปัจจัย การใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรผสมระหว่างน้ำเกลือ
กับผง เป็นการนำข้อดีของการใช้น้ำเกลือและน้ำผึ้ง
มาใช้ร่วมกัน เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปาก
อักเสบ น้ำยาบ้วนปากสูตรผสมดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถ
จัดซื้อและเตรียมผสมได้เอง ราคาประหยัด สะดวกใน
การพกพา ทั้งนี้ความร่วมมือในการรักษาความสะอาด
ภายในช่องปากและการบ้วนปากหลังการรับประทานอาหาร
และก่อนนอนจะช่วยให้สุขอนามัยในช่องปากผู้ป่วย
ดีขึ้น⁸ สามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะเยื่อ
ช่องปากอักเสบและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
แทรกซ้อนที่รุนแรงได้

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ ก่อนเริ่มการ
ศึกษาผู้ป่วยทุกรายได้รับน้ำเกลืออมบ้วนปากเพื่อ
ทดลองใช้และปรับสภาพช่องปาก แต่คณะผู้วิจัยไม่ได้
ประเมินการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วย
หลังให้น้ำยาอมบ้วนปาก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยรบกวน
ในการวิเคราะห์ผลการรักษา จากการศึกษาของ
Begonya CL และคณะ¹⁸ รายงานว่า ภาวะเยื่อ
ช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัดจะเกิดขึ้นหลังรับ

ยาเคมีบำบัดนานสูงสุด 7-10 วัน และมีการดีขึ้นและหายเป็นปกติภายใน 2-3 สัปดาห์ แต่ในการศึกษาดังกล่าวมีการใช้น้ำยาบ้วนปากและประเมินติดตามผู้ป่วยเพียง 14 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด อาจไม่เพียงพอในการประเมินการเกิดภาวะเยื่อช่องปากของผู้ป่วย และมีรายงานการศึกษาอื่นๆ พบว่า ปัจจัยความรุนแรงของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบขึ้นอยู่กับชนิดและตำแหน่งของโรคมะเร็ง โดยผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดจะเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรงกว่า¹⁹⁻²¹ แต่การศึกษาในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งชนิดก่อนและผู้ป่วยมะเร็งทางเม็ดเลือด ซึ่งอาจมีผลรบกวนต่อผลการศึกษาได้ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและการรักษาสุขภาพในช่องปากที่ไม่ดีพอเพิ่มความรุนแรงของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้¹⁹ ทั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใช้น้ำยาบ้วนปากของผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการใช้น้ำยาเพื่อศึกษา แต่ไม่ได้ประเมินความสะอาดและการรักษาสุขภาพของช่องปาก ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ใช้น้ำยาบ้วนปาก ซึ่งอาจมีผลรบกวนต่อผลการศึกษาด้วย

โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้น้ำยาบ้วนปากสูตรน้ำเกลือผสมน้ำผงฟูในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ดีกว่าการใช้เกลือ หรือน้ำผงฟูบ้วนปากเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ผู้ป่วยควรใช้น้ำยาบ้วนปากตั้งแต่วันแรกที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.ภญ. ชิดชนก เรือนก้อน อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sonis ST, Sonis AL, Lieberman A. Oral complications in patients receiving treatment for malignancies other than of the head and neck. J Am Dent Assoc 1978;97:468-72.
2. Woo SB, Sonis ST, Monopoli MM, Sonis AL. A longitudinal study of oral ulcerative mucositis in bone marrow transplant recipients. Cancer 1993;72:1612-7.
3. Sonis ST, Fey EG. Oral complications of cancer therapy. Oncology (Huntingt) 2002;16:680-6.
4. Kaanders JH, Pop LA, Marres HA, Liefers J, van den Hoogen FJ, van Daal WA, et al. Accelerated radiotherapy with carbogen and nicotinamide (ARCON) for laryngeal cancer. Radiother Oncol 1998;48:115-22.
5. Fillicko J, Lazarus HM, Flomenberg N. Mucosal injury in patients undergoing hematopoietic progenitor cell transplantation: new approaches to prophylaxis and treatment. Bone Marrow Transplant 2003;31:1-10.
6. Plevova P. Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy-induced oral mucositis: a review. Oral Oncol 1999;35:453-70.
7. Köstler WJ, Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. CA Cancer J Clin 2001;51:290-315.
8. Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. Oral Oncol 2003;39:91-100.
9. Fred Hutchinson Cancer Research Center. Icechips or Saline Mouth Rinse in Reducing or Preventing Mucositis in Patients receiving Melphalan and Autologous Stem Cell Transplant for Multiple myeloma 2006. Available at: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00118339>. Accessed October 25, 2016.

10. Choi SE, Kim HS. Sodium Bicarbonate Solution versus Chlorhexidine Mouthwash in Oral Care of Acute Leukemia Patients Undergoing Induction Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2012;2:60-6.
11. Dodd MJ, Dibble SL, Miaskowski C, MacPhail L, Greenspan D, Paul SM, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy induced mucositis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2000; 90:39-47.
12. World Health Organization. World health organization for report result of cancer treatment. Geneva: World Health Organization; 1979.
13. พิษณุภา พิษะยะ, พรรณนดี พุทธิพัฒนะ, ลาวัลย์ รักษาเวศ, สุภัทรา เพ็ญคอน. ผลของการใช้น้ำผึ้งต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง* 2558;35:103-11.
14. A Barasch A, Elad S, Altman A, Damato K, Epstein J. Antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, analgesics, and nutritional supplements for alimentary tract mucositis. *Support Care Cancer* 2006;14:528-32.
15. McGuire DB , Fulton JS, Park J, Brown CG, Correa ME, Eilers J, et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer* 2013;21:3165-77
16. Sorensen JB, Skovsgaard T, Bork E, Damstrup L, Ingeberg S. Double-blind, placebo-controlled, randomized study of chlorhexidine prophylaxis for 5-fluorouracil-based chemotherapy-induced oral mucositis with nonblinded randomized comparison to oral cooling (cryotherapy) in gastrointestinal malignancies. *Cancer* 2008;112:1600-6.
17. Kenny SA. Effect of two oral care protocols on the incidence of stomatitis in hematology patients. *Cancer Nursing* 1990;13:345-53.
18. Begonya CL, José VB. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *J Clin Exp Dent* 2016;8:201-9.
19. Chan CW, Chang AM, Molassiotis A, Lee IY, Lee GC. Oral complications in Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer* 2003;11:48-55.
20. Chaveli López B, Gavalda Esteve C, Sarrión Pérez MG. Dental treatment considerations in the chemotherapy patient. *J Clin Exp Dent* 2011;3:31-42.
21. Scully C, Sonis S, Diz PD. Oral mucositis. *Oral Dis* 2006;12:229-41.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด

พวงทอง จินดากุล

อำภพร นามวงศ์พรหม

น้ำอ้อย ภัคติวงศ์

บทคัดย่อ การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (one group pre-post test design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบบันทึกการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ประเมินโดยใช้ Edmonton Symptom Assessment Scale และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ WHO ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรม ($P=0.000$) การรับรู้อาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมต่ำกว่าระหว่างเข้าโปรแกรม ($P=0.000$) และความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($P=0.000$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดอาการข้างเคียง และความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับเคมีบำบัด (วารสารโรคมะเร็ง 2561;38:105-116)
คำสำคัญ: มะเร็งเต้านมระยะแรก ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ความวิตกกังวล โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

¹สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี

Effectiveness of the Educative-Supportive Program on Self Care Ability, Perceived Intensity of Side Effects of Chemotherapy and Anxiety among Patients with Early Breast Cancer Undergoing Adjuvant Chemotherapy

by Phuangthong Jindakul, Ampaporn Namvongprom*, Nam-oy Pakdevong

Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani

*Correspondence; e-mail: sweetypink38@hotmail.com

Abstract This study used a single group pre-test/post-test design to investigate the effects of an educative-supportive program for self-care ability, the perceived intensity of side effects related to chemotherapy, and anxiety, among patients with early-stage breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. A purposive sample of 30 patients participated in the educative-supportive program for nine weeks. Orem self-care theory formed the research framework. Data were collected using self-care ability questionnaires; self-reported intensity of side effects were assessed using the Edmonton Symptom Assessment Scale, and the WHO oral mucositis form. Anxiety before and after, and perceived effects intensity before, between, and at the end of the program, were analyzed statistically. The findings revealed that the scores for self-care ability after the program were significantly higher than those before and between the program ($P=0.000$). The perceived intensity of side effects, i.e., nausea/ vomiting, anorexia, and fatigue, was significantly lower after the program ($P=0.000$); anxiety after the program was significantly decreased ($P=0.000$). The findings showed the benefits of this program on self-care ability, side-effects intensity, and anxiety, among patients undergoing chemotherapy for early-stage breast cancer. (*Thai Cancer J* 2018;38:105-116)

Keywords: early stage breast cancer, self-care ability, side-effect intensity of chemotherapy, anxiety, educative-supportive program

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในผู้หญิง¹ สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย คือพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 37 และพบอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 10.5 ราย² แม้อัตราการเกิดโรคจะสูง แต่มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีประสิทธิภาพการรักษาค่อนข้างดี โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมระยะแรก ซึ่งการรักษาหลักคือการผ่าตัดร่วมกับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ อัตราการหายของโรคสูงถึงร้อยละ 90-100 ในระยะที่ 1 และร้อยละ 85-90 ในระยะที่ 2³

การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดให้มีประสิทธิผลนั้นต้องให้ยาหลายชนิดในปริมาณสูงและเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกายของผู้ป่วย สูตรเคมีบำบัดที่พบว่าใช้รักษาเสริมภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่ประกอบด้วยสูตร AC (Doxorubicin และ Cyclophosphamide) สูตร FAC (Doxorubicin, Cyclophosphamide และ 5-Fluororaci) และสูตร TAC (โดยให้ Doxorubicin, Cyclophosphamide ก่อน และตามด้วย Paclitaxel)⁴ สูตรยาเหล่านี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ เหนื่อยล้า (fatigue) พบได้ร้อยละ 99⁵ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการสะสมของเสีย เช่น กรดแลคติก

ไฟรูเวต ทำให้ความสามารถในการหดตัว และแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ผู้ป่วยรู้สึก เหนื่อยล้า อ่อนเพลียหมดแรง ส่วนอาการเบื่ออาหารพบได้ร้อยละ 80⁶ เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลต่อต่อมรับรสในช่องปากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขมในปาก มีความอยากในการรับประทานอาหารลดลง ร่วมกับระบบย่อยและดูดซึมทำหน้าทีลดลง ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งถ้าเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ส่วนคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการที่พบได้ร้อยละ 70⁷ และอาการเยื่อช่องปากอักเสบพบได้ร้อยละ 40⁸ เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์เยื่อช่องปากและทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อตามมาซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย กลืนอาหารลำบาก หรือถ้าดูแลไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดแผลติดเชื้อ ความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานทางกายเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล⁹

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้ร้อยละ 30-47¹⁰ มักพบได้ตั้งแต่การเข้ารับเคมีบำบัดครั้งแรก และพบต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา¹¹ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงก่อนเข้ารับเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง¹² ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่ามะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต ภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวันจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลระดับสูงในการเข้ารับเคมีบำบัดครั้งแรกเนื่องจากผู้ป่วยกลัวที่จะต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการรักษา การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ รวมถึงวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง¹³

หลังเข้ารับการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษาที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ร่วมกับการเป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่มีโอกาสลุกลาม หรือกลับเป็นซ้ำได้แม้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุดแล้ว¹⁴ นอกจากนี้อาการข้างเคียงจากการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนในการดูแลตนเองมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยการสนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินป้องกัน และจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม¹⁵ ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงด้านร่างกายลดลง ทำให้ความวิตกกังวลลดลงด้วย

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นทุกปี และในการดูแลพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบ ด้านจิตใจคือความวิตกกังวล เนื่องจากการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทำให้มีเวลาและโอกาสที่จำกัดในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมทั้งยังขาดระบบติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและประสบกับอาการข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมทำให้ระดับความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดมีอาการข้างเคียงมากกว่าหนึ่งอาการซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาการดูแลโดยออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁶ เป็นกรอบแนวคิดโดยโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

จะตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย (therapeutic self-care demand) เนื่องจากการได้รับเคมีบำบัดเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะ จึงทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือของพยาบาล 4 ด้านคือการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อม จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดูแลตนเองทั้งหมดได้โดยสามารถประเมินป้องกัน และจัดการอาการข้างเคียง ทำให้เกิดอาการข้างเคียงลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการข้างเคียง (เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ) และความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลส่งผลให้เกิดประสิทธิผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่รักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

แบบของการวิจัยนี้เป็น one group pre-post test เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก (stage 1-2) ภายหลังผ่าตัด และเข้ารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดครั้งแรกแบบผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็น

มะเร็งเต้านม มีอายุมากกว่า 18 ปี มีการรับรู้ การได้ยิน ปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น หรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2560 - 31 ตุลาคม 2560 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size) ของตัวแปรคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่เข้ารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับเคมีบำบัด สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และการประเมิน ป้องกัน และจัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้วิจัยนำเครื่องมือเหล่านี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ได้ค่า content validity index (CVI)=1 และความเหมาะสมของภาษา (face validity) มีความเหมาะสมไม่มีการปรับเปลี่ยน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชุดได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิในการรักษา

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านความเจ็บป่วย

ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค โรคร่วม การรักษาที่ได้รับและยาที่ได้รับในปัจจุบัน

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการข้างเคียง (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS)¹⁷ ประกอบด้วย การวัดระดับความรุนแรงของอาการทั้งหมด 9 อาการ คือ ปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากรับประทานอาหาร หอบเหนื่อย ซึมเศร้า ความวิตกกังวล วังงวมซึมเศร้า และความรู้สึกดีทั้งกายและใจ โดยแต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-10 คะแนน ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้ 4 อาการคือ อาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน และความวิตกกังวล แบ่งความรุนแรงโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็นระดับ 0-10 เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-3 คะแนน หมายถึงความรุนแรงน้อย 4-7 คะแนนหมายถึงความรุนแรงปานกลาง และ 8-10 คะแนนหมายถึงความรุนแรงมาก¹⁸ นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

ชุดที่ 4 ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ใช้แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของ WHO (WHO, 2000) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ ระดับ 0 หมายถึงเยื่อช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง ระดับ 1 หมายถึงมีอาการเจ็บช่องปากแดง ระดับ 2 หมายถึงช่องปากแดงมีแผลแต่สามารถรับประทานอาหารแข็งได้ ระดับ 3 หมายถึงช่องปากมีแผล ต้องรับประทานอาหารเหลวอย่างเดียว และระดับ 4 หมายถึงไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงจากการสังเกต (inter-rater reliability) ระหว่างพยาบาลด้านมะเร็งวิทยา และให้เคมีบำบัดกับผู้ป่วยที่มีเยื่อช่องปากอักเสบ

จำนวน 15 ราย ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกต 0.87 ทดสอบโดยผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ความสอดคล้อง 100%¹⁹ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจนผู้ป่วยสามารถประเมินได้ตรงกับผู้วิจัยทุกราย

ชุดที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 18 ข้อ มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนน 1-4 คะแนน โดยที่คะแนน 1 หมายถึงทราบแต่ไม่ปฏิบัติ คะแนน 4 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-72 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom²⁰ ดังนี้ 18-43 คะแนนหมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ 44-57 คะแนนหมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง และ 58-72 คะแนนหมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษา (face validity) จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ปรับข้อคำถามเป็นกิจกรรมที่ต้องทำ และระบุกิจกรรมเป็นอาการข้างเคียงในการตั้งคำถาม นำไปหาค่า content validity index (CVI)=0.97 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย

เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค 0.76

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับการรับรองอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับการดูแลและติดตามเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้

- การสอนอย่างมีแบบแผน โดยประเมินความรู้ ประสิทธิภาพเดิม และสอนโดยใช้วิธีทัศน์ คู่มือ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นหาในการให้ความรู้ประกอบด้วย มะเร็งเต้านมระยะแรก การรักษาด้วยเคมีบำบัด การประเมิน ป้องกัน และจัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้วิจัยเสนอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยสนใจจึงอธิบายขั้นตอน วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม แล้วประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง วัดระดับความรุนแรงของอาการ

ข้างเคียง และความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน ESAS วัดระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้เกณฑ์ WHO (2000) หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอน ซึ่งประกอบด้วยวีดิทัศน์และคู่มือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะแรก วิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และข้อมูลด้านการจัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

- การชี้แนะ ทบทวนเกี่ยวกับ การประเมิน ป้องกัน และจัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ได้แก่ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ และความวิตกกังวล การวางแผนทาง ป้องกัน จัดการปัญหา และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ติดตามอาการทางโทรศัพท์ รอบที่หนึ่งหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 3 วัน รอบที่สองหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 7 วัน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที และเปิดโอกาสให้โทรศัพท์เข้ามาสอบถามได้เมื่อพบกับปัญหา

- การสนับสนุน โดยจัดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ต้องใช้หลังได้รับเคมีบำบัด คือ เต้านมเทียม หมวกเป็นต้น แจกคู่มือเพื่อผู้ป่วยนำไปทบทวนเมื่อกลับบ้าน ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อของผู้วิจัยเพื่อติดต่อเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การเสริมกำลังใจโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

- การจัดสิ่งแวดล้อม โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน

ห้องที่มีความเป็นส่วนตัว สบเหมาะสำหรับการเรียนรู้
แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดและ
ปลอดภัย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิจัย
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ ร้อยละ
ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย
และการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากการ
ได้รับเคมีบำบัด เปรียบเทียบความสามารถในการดูแล
ตนเองด้วยสถิติ ANOVA เปรียบเทียบความรุนแรง
ของอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดและความ
วิตกกังวลด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test
เนื่องจากการกระจายของค่าคะแนนไม่เป็นโค้งปกติ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก

ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย มีอายุ
ระหว่าง 34-71 ปี อายุเฉลี่ย 53.70 ปี (SD=8.25)
ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.66 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ
73.30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.30 นับถือศาสนา
อิสลาม ร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
มีอาชีพรับราชการ และใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดมากที่สุด
พบร้อยละ 36.70 และร้อยละ 83.30 เป็นมะเร็งเต้านม
ระยะที่ 2 ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับคือสูตร TAC
regimen โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัย
อยู่ในช่วงแรกของการให้เคมีบำบัดซึ่งเริ่มจากสูตร AC
regimen กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 มีโรคร่วมพบมากที่สุด
คือเบาหวานโดยพบร้อยละ 16.70 ดัชนีมวลกาย
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ระหว่าง 20.45-25.80 ค่าเฉลี่ย
22.32 (SD=1.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ระหว่าง
21.22-26.64 ค่าเฉลี่ย 23.64 (SD=1.10) ดังรายละเอียด
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี) (ช่วง)	53.70±8.25 (34-71)	
ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	5	16.70
ระยะที่ 2	25	83.30
สูตรยาเคมีบำบัด		
TAC	30	100
โรคร่วม		
โรคเบาหวาน	5	16.70
โรคความดันโลหิตสูง	4	13.30
ดัชนีมวลกายก่อนเข้าโปรแกรมเฉลี่ย (กก.ต่อตรม.) (ช่วง)	22.32±1.09 (20.45-25.80)	
ดัชนีมวลกายหลังเข้าโปรแกรมเฉลี่ย (กก.ต่อตรม.) (ช่วง)	23.64±1.10 (21.22-26.64)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับช่วงก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ช่วงโปรแกรม	คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (คะแนน)		
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (SD)	P
ก่อนเข้า	21-39	29.70 (4.97)	
ระหว่างเข้า	50-60	56.33 (2.40)	
สิ้นสุด	66-71	69.03 (1.25)	0.000

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้อยู่ระหว่าง 21-39 (คะแนนเต็ม 72 คะแนน) เฉลี่ย 29.70 คะแนน (SD=4.97) และมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นระหว่างเข้าโปรแกรม (เฉลี่ย 56.33 คะแนน) และสูงที่สุดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม คือเฉลี่ย 69.03 คะแนน (SD=1.25) เมื่อทดสอบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายคู่ พบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อน และระหว่างเข้าโปรแกรม การสนับสนุนและให้ความรู้ ($P=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจะได้รับเคมีบำบัดสูตร AC Regimen รอบที่ 1-3 โดยแต่ละรอบของการเข้ารักษาเคมีบำบัดห่างกัน 21 วัน พบว่าในรอบแรกของการให้เคมีบำบัด การรับรู้อาการข้างเคียงซึ่งได้แก่ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียนที่วัดโดย ESAS พบว่าความรุนแรงของการรับรู้อาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 4-6 คะแนน โดยพบคลื่นไส้อาเจียนมากที่สุด รองลงมาคือ เบื่ออาหาร น้อยที่สุดคือ เหนื่อยล้า เมื่อติดตามความรุนแรงของ

อาการข้างเคียงทั้ง 3 อาการ ในรอบที่สองและสามของการรักษา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของทุกอาการลดลง อยู่ในระดับต่ำ (2-4 คะแนน) ทั้ง 3 อาการ ส่วนใหญ่ความรุนแรงของอาการเหล่านี้จะลดต่ำสุด (0-1 คะแนน) ในวันที่ 7 หลังการให้เคมีบำบัด เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียง ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมอาการข้างเคียง (คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า) ต่ำกว่าระหว่างเข้าโปรแกรม ($P=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการได้รับเคมีบำบัด พบเกิดอาการ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับความรุนแรงสูงที่สุดคือเกรด 2 ในวันที่ 3 ของการเข้ารับเคมีบำบัดรอบที่หนึ่ง และระดับความรุนแรงลดลงในวันที่ 7 ของการให้เคมีบำบัดทุกรอบ นอกจากนี้พบว่าความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบได้ลดลงในรอบที่สองและไม่พบภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในรอบที่สามของการให้เคมีบำบัด เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.059$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียง

อาการข้างเคียง	คะแนนการรับรู้ความรุนแรง				P
	ระหว่างเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (SD)	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (SD)	
คลื่นไส้ อาเจียน	4-8	6.40 (0.89)	0-1	0.70 (0.46)	0.000
เบื่ออาหาร	3-7	5.53 (1.22)	0-1	0.50 (0.50)	0.000
เหนื่อยล้า	2-6	4.20 (1.18)	0-1	0.20 (0.40)	0.000
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	0-2	0.46 (0.73)	0	0	0.059

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล

ช่วงโปรแกรม	คะแนนความวิตกกังวล		P
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	
ก่อน	4-8	6.67 (0.98)	0.000
หลัง	0-2	1.10 (0.30)	

คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลพบสูงสุด

ในวันแรกก่อนเข้าโปรแกรมแต่ละรอบ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.24 และลดลงต่ำสุด คือ 0-2 คะแนนในวันที่ 7 หลังให้เคมีบำบัด จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนของความวิตกกังวลสูงขึ้นในวันแรกของการได้รับเคมีบำบัดในแต่ละรอบ และมีแนวโน้มลดลงอย่างสม่ำเสมอจนต่ำสุด คือ 0-2 คะแนนในวันที่ 7 คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรมอยู่ระหว่าง 4-8 คะแนน เฉลี่ย 6.67 คะแนน (SD=0.98) ส่วนคะแนนความวิตกกังวลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมีค่าระหว่าง 0-2 คะแนน เฉลี่ย 1.10 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($P=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์และสรุป

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่เข้ารับการรักษาสเสริมด้วยเคมีบำบัด ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้วิธีการสอน ชี้นำ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย (therapeutic self-care demand) ซึ่งมีเป้าหมายคือการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยพยาบาลให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่เห็นภาพชัดเจน เข้าใจง่าย คู่มือการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยได้ศึกษาและทบทวนที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การโทรศัพท์ติดตามเพื่อช่วยจัดการอาการ และให้ความ

ช่วยเหลือ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการนำมาวิเคราะห์ ตัดสินใจ และดำเนินการปฏิบัติในการประเมิน ป้องกัน และจัดการอาการจนเกิดทักษะ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care ability) ในเบื้องต้น ซึ่งผลของการศึกษาพบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (69 คะแนน) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล จวงพานิช ญัฐฐญา ไชยวงศ์ และจรีพร อุ่นบุญเรือง²¹ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลและคู่มือในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($P < 0.05$)

อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 4 อาการคือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า และเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งอาการจะเกิดในระดับปานกลางถึงสูงในช่วง 1-3 วันหลังได้รับเคมีบำบัด และตามกลไกของร่างกาย เคมีบำบัดจะถูกขับออกจากร่างกายภายใน 1-2 สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้ อาการข้างเคียงลดความรุนแรงลง หรือหายจากอาการข้างเคียงนั้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการข้างเคียงทั้ง 3 อาการมีระดับความรุนแรงสูง ในวันที่ 3 ของการได้รับเคมีบำบัด และระดับความรุนแรงลดต่ำลงในวันที่ 7 จากการติดตามความรุนแรงพบว่า ความรุนแรงของอาการแต่ละรอบของการได้รับ

เคมีบำบัดต่างกันโดยพบว่า รอบที่หนึ่งการได้รับเคมีบำบัดมีระดับความรุนแรงสูงที่สุด และลดลงในรอบที่สองและต่ำสุดในรอบที่สามของการได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาครั้งนี้พบอาการคลื่นไส้ อาเจียนสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.40 คะแนน รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร (เฉลี่ย 5.53 คะแนน) และพบอาการเหนื่อยล้าต่ำสุด (เฉลี่ย 4.20 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุดซึ่งเป็นผลจากเคมีบำบัดสูตร AC (Doxorubicin และ Cyclophosphamide)⁴

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบพบอุบัติการณ์การเกิด 3 วันหลังได้รับเคมีบำบัด และอาการจะดีขึ้นใน 1-2 สัปดาห์ จากการศึกษาพบภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในวันที่ 3 ของการได้รับเคมีบำบัดโดยพบเกรด 1 ร้อยละ 20 และเกรด 2 ร้อยละ 10 ไม่พบภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 2 สัปดาห์หลังจากได้รับเคมีบำบัด

การศึกษาของ Amina และคณะ²² ที่ศึกษาโปรแกรม Self-Care Education ต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองได้รับ Self-Care Education ผลการศึกษพบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดอาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า ($P = 0.000$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมไพวรรณ พวงคำหยาด รัชณี นามจันทราและวารินทร์ บินโฮเซ็น²³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อความสามารถในการดูแลช่องปาก ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่

เก็บข้อมูลต่อเนื่องรวม 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลช่องปากหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($P<0.001$) ระดับความรุนแรงและคะแนนการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($P<0.001$)

การศึกษานี้พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าโปรแกรมและมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงเป็นลำดับ ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรมสูง และลดลงในระหว่างโปรแกรม และเมื่อสิ้นสุดจะลดลงต่ำสุด ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัดครั้งแรก พบว่า เมื่อเกิดอาการข้างเคียง และผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ ทำให้ความวิตกกังวลลดลง^{9,24}

ข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับบริการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้รับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลลดลง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว ดังนั้นควรมีก่อนเปรียบเทียบหรือเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และติดตาม

ในระยะยาวขึ้นเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น และสามารถพัฒนาทักษะจนเป็นสุขนิสัยเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้อ้างอิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ โปรแกรม และคู่มือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล บุคลากรหน่วย เคมีบำบัดทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและความช่วยเหลือทุก ๆ ด้านในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization 2012. Breast cancer. Available at: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en>. Accessed January 10, 2018.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2557). จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง รายใหม่ 15 อันดับแรก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2557. ใน: อคัมขัยวีระวัฒน์ และสุลลิตพร แสงกระจ่าง ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล กรุงเทพฯ: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด; 2557. หน้า 2-3.
3. Lotfi-Jam K, Carey M, Jefford M, Schofield P, Charleson C, Aranda S. Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. J Clin Oncol 2008; 26:5618-29.
4. Dawn LH. Working hand in glove to prevent chemotherapy-induced peripheral neuropathy. J Natl Cancer Inst 2018;110:125-6.

5. de Jong N, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. *Cancer Nurs* 2002;25:283-97.
6. Carney T, Tait D, Wakefield A, Ingvarson M, Touyz S. Coercion in the treatment of anorexia nervosa: clinical, ethical and legal implications. *Med Law* 2005;24:21-40.
7. Kamen C, Tejani MA, Chandwani K, Janelins M, Peoples AR, Roscoe JA, et al. Anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy. *Eur J Pharmacol* 2014;722:172-9.
8. Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2011;22:78-84.
9. อภิญา ปรีสุทธิกุล, มลิวรรณ สุคันธพันธ์, ทิพย์วรรณ อรัญดร, อนงนาฏ เรืองดำ, อรุณี เดชาพันธุ์กุล, ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อการเพิ่มพูนความรู้และลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย. *วารสารโรคมะเร็ง* 2554;31:125-36.
10. Compas Be, Luecken L. Psychological adjustment to breast cancer. *Curr Dir Psychol Sci* 2002;11:111-4.
11. Kaori SN, Katsuya M, Sachiko NI, Tetsuo A, Norio M. Evaluation of anxiety and salivary chromogranin a secretion in women receiving breast conserving surgery followed by radiation therapy. *J Radiat Res* 2011;52:351-9.
12. Melanie CS, Linda DC. Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Ann Behav Med* 2010; 40:15-29.
13. Malone PE. Implementation of a prechemotherapy educational intervention. *Clin J Oncol Nurs* 2007; 11:707-10.
14. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Oncol Nurs* 2010;14:17-22.
15. รัชนิกร ใจคำสืบ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่อการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง* 2552;29:152-61.
16. Orem, DE. *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis:LuNeois Mosby, 2001.
17. Chinda M, Jaturapatporn D, Krshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011;42: 954-60.
18. Bruera E, Kuehn N, Miller JM, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
19. ทานตะวัน เนตรทอง, สมจิต หนูเจริญกุล, วรชัย รัตนธรร. ผลของการรอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *Rama Nurse J* 2543:183-92.
20. Bloom Benjamin S. *Hand book on formative and summative evaluation of student learning*. New York :McGraw Hill, 1971.
21. อุบล จวงพานิช, ณัฐชญา ไชยวงษ์, จีรพร อุ่นบุญเรือน. ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2550:32-42.
22. Amina MR, El N, Maha El-Z, Hanan El-S, Mohame El- S, Om MS. Utilization of a self-Care Education Program for Alleviating Chemotherapy Induced Physical Side Effects. *JCTR* 2015;3:8-16.
23. Garcia S. The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: an integrative review. *Clin J Oncol Nurs* 2014;18: 516-21.
24. อัมไพวรรณ พวงคำหยาด, รัชนี นามจันทร์, วารินทร์ บินโฮเซ็น. ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อความสามารถในการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสหภาพไทย* 2560:1-17.

การประเมินคุณภาพบริการและความต้องการข้อมูลสุขภาพ ของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยง โรคมะเร็ง

อลิสรา ช่วงอรุณ
พัชรี เจริญพร
นิรมล พจน์ดั่ง
เปรมฤดี บุญภัทรานนท์

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพบริการและศึกษาความต้องการข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 420 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งและแบบประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตามแบบจำลอง SERVQUAL ของพาราซูรามาน ซีแทมล์และเบอร์รี วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.85 ตามลำดับ ผลการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการข้อมูลด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=2.70, SD=0.44) ข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ อาการผิดปกติหรือสัญญาณอันตรายเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (ค่าเฉลี่ย=2.77, SD=0.52) อาหารกับการป้องกันโรคมะเร็ง (ค่าเฉลี่ย=2.76, SD=0.53) ชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ (ค่าเฉลี่ย=2.74, SD=0.55) การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งสำหรับตนเอง (ค่าเฉลี่ย=2.73, SD=0.57) และชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาในระยะเริ่มแรกได้ (ค่าเฉลี่ย=2.72, SD=0.59) ด้านการประเมินคุณภาพบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนบริการที่ได้รับสูงกว่าบริการที่คาดหวังโดยรวม ($P=0.000$) และรายด้าน 4 ด้าน คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ($P=0.004$) ความน่าเชื่อถือ ($P=0.000$) การตอบสนอง ($P=0.004$) และการเอาใจใส่ผู้รับบริการ ($P=0.000$) ส่วนด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการพบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.110$) ดังนั้นคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งควรมีการประเมินคุณภาพบริการและความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สถานพยาบาลทราบถึงช่องว่างของการบริการและนำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพบริการที่ดี (วารสารโรคมะเร็ง 2561;38:117-128)

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ ความต้องการข้อมูลสุขภาพ คลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง

Service Quality Assessment and Health Information Needs of Clients in Cancer Screening Clinic

by Alisa Chuangaroon, Patcharee Chareonporn, Niramom Pojdoung, Premruedee Boonphattranon

Nursing Division, National Cancer Institute, Bangkok

Abstract This descriptive study aimed to assess the service-quality and health-information needs of a sample of 420 clients using services at the Cancer Screening Clinic of the National Cancer Institute. The research instruments comprised a personal demographic questionnaire, a health-information-needs questionnaire, and a service quality assessment scale (SQAS) using the SERVQUAL model proposed by Parasuraman, Zeithaml and Berry. The Cronbach's alpha coefficients of the health-information-needs questionnaire and SQAS were 0.94 and 0.82, respectively. The findings showed that the subjects reported high-level overall health-information-needs (mean=2.70, SD=0.44). The top-five information needs were information about the warning signs of cancer (mean=2.77, SD=0.52), cancer-fighting foods (mean=2.76, SD=0.53), cancer prevention (mean=2.74, SD=0.55), cancer risk assessment tools (mean=2.73, SD=0.57), and early detection of cancer (mean=2.72, SD=0.59). The overall mean scores for expectations of service quality were significantly higher than those for perceived service quality ($P=0.000$) in four dimensions--tangibles ($P=0.004$), reliability ($P=0.000$), responsiveness ($P=0.004$), and empathy ($P=0.000$). However, assurance did not differ significantly ($P=0.110$). Therefore, the regular assessment of service quality and information needs is considered to be a means of promoting service quality. It is very important to detect service gaps, leading to further appropriate management strategies and the maintenance of good service quality. (*Thai Cancer J* 2018;38:117-128)

Keywords: service quality, health-information needs, Cancer Screening Clinic

บทนำ

คุณภาพการให้บริการเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจ ประยุกต์ใช้ในกระบวนการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐไทย ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาและได้รับความสนใจให้นำมาใช้เป็นเครื่องมือวัดสมรรถนะในการให้บริการสาธารณะของหน่วยงานภาครัฐมากขึ้น คุณภาพการให้บริการ คือความสอดคล้องกันของความต้องการของลูกค้าหรือ ผู้รับบริการ หรือระดับของความสามารถในการให้บริการ ที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ อันทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจาก บริการที่เขาได้รับ¹⁻³ หากลูกค้าหรือผู้รับบริการเห็นว่า ผลลัพธ์หรือบริการเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และ ตรงตามที่ได้คาดหวัง ก็ถือได้ว่าผลลัพธ์หรือบริการ

ดังกล่าวมีคุณภาพนั่นเอง

ตัวแบบที่ใช้วัดคุณภาพการให้บริการที่ได้รับ ความนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายคือ แบบวัดของ พาราซูรามาน ซีแทมล์ และเบอรี่ โดยอาศัยการประเมิน จากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า เรียกว่า แบบจำลอง SERVQUAL⁴ สามารถแบ่งมิติได้เป็น 5 มิติ หลักประกอบด้วย มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏ ให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อ สื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจ จากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรม

จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนขึ้น มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้บริการจะต้องมีความถูกต้องเหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้ มิติที่ 3 การตอบสนองต่อลูกค้า (responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการใช้บริการ มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการ ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด และมิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาให้ครบทั้ง 5 มิติดังกล่าว อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลในภาครัฐแห่งหนึ่งพบว่า ผู้รับบริการยังได้รับบริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังในบางมิติ⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในสถานพยาบาลของรัฐที่บริหารงานในลักษณะองค์การมหาชนที่มีผลการศึกษาลักษณะคล้ายกัน คือ ผู้รับบริการยังได้รับบริการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

ในบางมิติเช่นเดียวกัน⁶ ทั้งนี้สถานบริการจำเป็นต้องนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการในลำดับต่อไป

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ และดำเนินงานภายใต้กรอบของแผนดังกล่าว ทั้งในด้านบริการและวิชาการ โดยจัดให้มีบริการกับประชาชนอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนป่วย ระยะป่วย จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้คลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นคลินิกที่มีการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านการตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ จากสถิติการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 มีผู้มาคัดตรวจสุขภาพจำนวนเฉลี่ย 36,716 ราย การประเมินคุณภาพบริการจะใช้ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นพื้นฐาน ผลการประเมินในปี พ.ศ. 2560 พบว่า จำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มลดลง และความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกตรวจสุขภาพ ค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยในช่วง 6 เดือนหลังของปี พ.ศ. 2560 คะแนนความพึงพอใจลดลงจากร้อยละ 77.01 เหลือร้อยละ 65.90 ส่วนการประเมินในด้านอื่น ๆ เป็นการสรุปในภาพรวมของผู้รับบริการในทุกคลินิก ข้อจำกัดของผลการประเมินคือ เป็นข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการของคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งเพียงร้อยละ 17.40 เท่านั้น และยังไม่มีการสำรวจความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลด้านการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งของผู้รับบริการโดยตรง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ตลอดจนสำรวจความต้องการข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการ (Service Quality Assessment) คือ การประเมินตามแบบจำลอง SERVQUAL ของ พาราซูรามาน ซีแทมล์ และเบอรี่ (Parasuraman, Zeithaml and Berry)⁴ ผลของการศึกษาจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพของระบบบริการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งที่สอดคล้องกับความต้องการข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) โดยเป็นผู้มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป Taro Yamane⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ราย และเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้คือ 420 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการมารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยแบบสอบถามบางข้อผู้รับบริการสามารถให้ได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 4 ระดับ (0-3) คือ ไม่ต้องการ ต้องการน้อย ต้องการปานกลาง และต้องการมาก การแปลผลค่าคะแนน ถ้าคะแนนต่ำหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลต่ำ คะแนนสูงหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พัฒนาจากแบบจำลอง SERVQUAL⁴ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินทั้งคุณภาพบริการที่คาดหวัง (expected service) และคุณภาพบริการที่ได้รับหรือรับรู้ (perceived service) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) ความน่าเชื่อถือ (reliability) การตอบสนอง (responsiveness) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (assurance) และ การเอาใจใส่ผู้รับบริการ (empathy)

ข้อคำถามแต่ละด้านมีข้อคำถามย่อย 4 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ใช้วัดระดับความคิดเห็นตามแบบประเมินค่าแบบลิเกต (Likert Scale) มี 5 ระดับ ระดับคะแนน 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด

ระดับคะแนน 5 = เห็นด้วยมากที่สุด จากนั้นนำคะแนนทุกข้อรวมกัน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบริการที่คาดหวังและบริการที่รับรู้เพื่อประเมินคุณภาพบริการ ถ้าคะแนนคุณภาพบริการที่รับรู้มากกว่าหรือเท่ากับบริการที่คาดหวัง หมายถึง ความพึงพอใจต่อบริการสูง แสดงว่าคุณภาพบริการดี และคะแนนคุณภาพบริการที่รับรู้ต่ำกว่าบริการที่คาดหวัง หมายถึง ความพึงพอใจต่อบริการต่ำ แสดงว่าคุณภาพบริการไม่ดี

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาในส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.88 และ 0.82 ตามลำดับ หลังจากนั้นได้มาปรับแก้และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความต้องการข้อมูลและแบบประเมินคุณภาพบริการเท่ากับ 0.94 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รหัสโครงการ 222_2017RC_IN552 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้เก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าจะ

นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลต่อบริการที่ได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการมารับบริการ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการข้อมูลด้านการป้องกัน และคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบริการที่คาดหวังกับบริการที่รับรู้เพื่อประเมินคุณภาพบริการด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.3 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20-85 ปี อายุเฉลี่ย 49.01 ปี ร้อยละ 61.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.1 มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 28.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ ร้อยละ 19.8 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 56.4 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลคือ ชำระเงินเองทั้งหมด รองลงมาร้อยละ 24.5 ใช้สิทธิราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 66.5 มีช่องทางการรับรู้เกี่ยวกับการมาตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจากการแนะนำของญาติหรือเพื่อน รองลงมาร้อยละ 34.7 ได้รับข้อมูลทางเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็ง ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.5 เลือกใช้บริการคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยง

โรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจากชื่อเสียงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รองลงมาร้อยละ 44 เลือกราคาค่าตรวจเหมาะสม สามารถจ่ายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.7 มีประสบการณ์ในการมารับบริการของคลินิกตรวจสุขภาพตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป โดยร้อยละ 90.7 ต้องการกลับมาใช้บริการซ้ำที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ความต้องการข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการข้อมูลโดยรวมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=2.70, SD=0.44) โดยมีความต้องการข้อมูลในระดับมากทุกข้อ ข้อมูลที่ต้องการ 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการผิดปกติหรือสัญญาณอันตรายเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ควรปรึกษาแพทย์ (ค่าเฉลี่ย=2.77, SD=0.52) อาหารกับการ

ป้องกันโรคมะเร็ง (ค่าเฉลี่ย=2.76, SD=0.53) ชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ (ค่าเฉลี่ย=2.74, SD=0.55) วิธีการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งสำหรับตนเอง (ค่าเฉลี่ย=2.73, SD=0.57) และชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาในระยะเริ่มแรกได้ (ค่าเฉลี่ย=2.72, SD=0.59) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

การประเมินคุณภาพบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนบริการที่คาดหวังโดยรวมและรายมิติ คือ มิติความเป็นรูปธรรมของบริการ มิติความน่าเชื่อถือ มิติการตอบสนอง และมิติการเอาใจใส่ผู้รับบริการสูงกว่าคะแนนบริการที่ได้รับ ($P=0.000, 0.004, 0.000, 0.004$ และ 0.000 ตามลำดับ) ส่วนมิติการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนบริการที่คาดหวังไม่แตกต่างกับบริการที่ได้รับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N=420)

ลักษณะส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	30.0
หญิง	291	69.3
ไม่มีข้อมูล	3	0.7
อายุ (ปี) (Range 20-85; Mean=49.01; SD=12.05)		
สถานภาพสมรส		
โสด	113	26.9
คู่	260	61.9
หม้าย หย่า แยก	40	9.5
ไม่มีข้อมูล	7	1.7
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	1
ประถมศึกษา	56	13.3
มัธยมศึกษา	82	19.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N=420) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
อนุปริญญา	27	6.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	244	58.1
ไม่มีข้อมูล	7	1.7
อาชีพ		
เกษตรกร	33	7.9
ค้าขาย	83	19.8
รับจ้าง	118	28.1
รับราชการ	72	17.1
อื่นๆ	114	27.1
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	237	56.4
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	29	6.9
ประกันสังคม	41	9.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	103	24.5
อื่นๆ	10	2.4
ช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์		
วิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์	66	15.7
เว็บไซต์สถาบัน	145	34.5
การแนะนำจากญาติหรือเพื่อน	281	66.5
เหตุผลการใช้บริการ		
ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน	44	10.5
ตามสิทธิการรักษา	87	20.7
ชื่อเสียงของสถาบัน	324	77.1
ราคาตรวจเหมาะสม สามารถจ่ายได้	184	43.8
ประสบการณ์การรับบริการ		
รับบริการครั้งแรก	100	23.8
เคยรับบริการตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป	318	75.7
ไม่มีข้อมูล	2	0.5
ความต้องการกลับมาใช้บริการซ้ำ		
กลับมาใช้บริการ	381	90.7
ไม่กลับมาใช้บริการ	17	4.0
ไม่แน่ใจ	22	5.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง

ความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับ
		มาตรฐาน	ความต้องการ
สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	2.69	0.60	มาก
โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์	2.63	0.61	มาก
ชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้	2.74	0.55	มาก
ชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาในระยะเริ่มแรกได้	2.72	0.59	มาก
อาหารกับการป้องกันโรคมะเร็ง	2.76	0.53	มาก
ยา/สมุนไพรกับการป้องกันโรคมะเร็ง	2.63	0.64	มาก
การออกกำลังกายกับการป้องกันโรคมะเร็ง	2.68	0.55	มาก
อายุและระยะห่างที่เหมาะสมกับการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง	2.65	0.57	มาก
วิธีการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งสำหรับตัวท่าน	2.73	0.57	มาก
อาการผิดปกติหรือสัญญาณอันตรายเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ควรปรึกษาแพทย์	2.77	0.52	มาก
ความต้องการข้อมูลโดยรวม	2.70	0.44	มาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพบริการโดยรวม ตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการ ในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง

คุณภาพบริการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	P
			มาตรฐาน	
บริการที่รับรู้-บริการที่คาดหวัง	387	0.0924	0.39887	0.000
บริการที่รับรู้ (perception)	387	3.5506	0.43071	
บริการที่คาดหวัง (expectation)	387	3.4668	0.45875	

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีความต้องการข้อมูลด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง ทั้งภาพรวมและ

รายข้อในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลนครพนมที่พบว่า ผู้รับบริการต้องการข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยและด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด^๑ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกระทรวง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพบริการรายด้านแต่ละด้านตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง

คุณภาพบริการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	P	ระดับคุณภาพบริการ
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	0.0816	0.56866	0.004	พอใจ
บริการที่รับรู้	3.3946	0.5723		
บริการที่คาดหวัง	3.3130	0.5448		
ด้านความน่าเชื่อถือ	0.0857	0.4593	0.000	พอใจ
บริการที่รับรู้	3.5591	0.4861		
บริการที่คาดหวัง	3.4734	0.5068		
ด้านการตอบสนอง	0.0786	0.5452	0.004	พอใจ
บริการที่รับรู้	3.5268	0.5495		
บริการที่คาดหวัง	3.4482	0.5395		
ด้านการให้ความมั่นใจ	0.05735	0.45337	0.110	พอใจ
บริการที่รับรู้	3.6088	0.4815		
บริการที่คาดหวัง	3.5515	0.5009		
ด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ	0.1613	0.4755	0.000	พอใจ
บริการที่รับรู้	3.6523	0.4382		
บริการที่คาดหวัง	3.4910	0.5388		

สาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในการเสียชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่ปี 2542 จนถึงปัจจุบัน ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเกิดความตื่นตัว และให้ความสนใจกับข้อมูลสุขภาพด้านโรคมะเร็งเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้รับบริการต้องการข้อมูลระดับมากทุกข้อเรียงตามความต้องการ 5 อันดับแรกคือ อาการผิดปกติหรือสัญญาณอันตรายเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ควรปรึกษาแพทย์ อาหารกับการป้องกันโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ วิธีการประเมินความเสี่ยงในการ

เกิดโรคมะเร็ง และชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาในระยะเริ่มแรกได้ แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการในภาวะสุขภาพปกติ มีความต้องการข้อมูลสำหรับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันโรคและประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ชนิดของข้อมูลที่ต้องการอาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขตามช่วงเวลานั้น ๆ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ทำงาน (ร้อยละ 90) และมีอายุเฉลี่ย 49.01 ปี (SD=12.05) ดังนั้น ชนิดของ

ข้อมูลที่ต้องการ และวิธีการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ อาจมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ การสำรวจชนิดของข้อมูลที่ได้รับบริการต้องการจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มให้มากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีการให้ข้อมูลแก่สาธารณชนเกี่ยวกับการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็ง แต่ข้อมูลที่ให้อาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการหรือข้อมูลที่ให้อาจไม่สอดคล้องกับการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้จากการประเมินรูปแบบการบริการด้านข้อมูลสุขภาพพบว่า ยังขาดความชัดเจนทั้งเรื่องสถานที่บริการ เนื้อหา และรูปแบบของสื่อ เช่น เว็บไซต์ ทำให้ผู้รับบริการอาจเข้าไม่ถึงสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่หรือรูปแบบสื่อไม่ตรงกับความต้องการ หรือข้อมูลไม่เพียงพอตามความคาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง พบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้น ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องการทราบ และการช่วยเหลือ สนับสนุนในการตัดสินใจ¹⁰ และพบว่า นอกเหนือจากความรู้ในเรื่องโรคแล้ว ผู้มารับบริการทางด้านสุขภาพยังคาดหวังและต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ และถ้าเป็นตามความคาดหวังของผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจ¹¹ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health

education) เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง จะช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม ทำให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อระบบสุขภาพ¹² ดังนั้นการจัดบริการด้านการให้ข้อมูลสุขภาพของสถานพยาบาล จึงควรดำเนินการในลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลที่น่าสนใจ เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย มีความทันสมัยที่สำคัญคือถูกต้องและเชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองของความต้องการข้อมูลและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ทั้งนี้การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการให้กับสถานพยาบาลได้

ผลการศึกษาด้านการประเมินคุณภาพบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการรับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับ (perceived service) ทั้งโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการตอบสนอง และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ สูงกว่าบริการที่คาดหวัง (expected service) แสดงถึงงานบริการตรวจสุขภาพของคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งเป็นบริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่คลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง เนื่องจากการมีชื่อเสียงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ราคาตรวจเหมาะสม และได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัย

สำคัญของคุณภาพบริการโรงพยาบาลคือ ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและมาตรฐานการรับรองคุณภาพบริการ¹³ นอกจากนี้ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นรายเก่าที่มีประสบการณ์ใช้บริการมาก่อนหน้า ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อถือและไว้วางใจในบริการที่ได้รับ อีกทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพในทุกหน่วยบริการ รวมทั้งคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง เช่น ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ได้มีการเพิ่มช่องทางการนัดตรวจสุขภาพทางเว็บไซต์ ผู้รับบริการสามารถเลือกวันนัดตรวจได้ด้วยตนเอง ขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก บริการด้วยความรวดเร็วในรูปแบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) ประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับที่น่าพอใจ สามารถคัดกรองความผิดปกติได้ทั้งในกลุ่มโรคทั่วไป และสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผลงานที่ผ่านมาสามารถคัดกรองผู้ที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ถึงร้อยละ 3.62 และคัดกรองผู้ที่มีเลือดปนในอุจจาระได้ร้อยละ 3.38¹⁴ นำไปสู่การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามมาตรฐานภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

แม้ว่าผลการประเมินโดยรวมแสดงให้เห็นถึงการบริการที่มีคุณภาพ และมีมิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการตอบสนอง รวมทั้งด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการอยู่ในระดับดี แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการประเมินในด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างบริการที่คาดหวังกับบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาของคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งที่ยังมีช่องว่างของการบริการในปัจจุบัน ทั้งนี้จากแนวคิดตามแบบจำลอง SERVQUAL ระบุว่า ในการสร้างความ

เชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการที่ดีที่สุด จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพทุกด้านในระดับมาก จึงเป็นช่องว่างที่จะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงบริการให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น สถานพยาบาลควรเสริมสร้างความมั่นใจให้กับกลุ่มผู้รับบริการด้วยการประชาสัมพันธ์ข่าวสารและให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ และพัฒนาช่องทางและวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และตรงกับความต้องการ ตลอดจนได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานและเท่าเทียมกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่าช่องทางประชาสัมพันธ์ที่ผู้รับบริการได้รับมากที่สุดคือ ญาติหรือเพื่อน ดังนั้นการสร้างความประทับใจกับผู้รับบริการในปัจจุบันรวมถึงใช้เทคนิคการประชาสัมพันธ์บริการตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งผ่านผู้รับบริการรายเก่าให้มีการสื่อสารต่อไปถึงกลุ่มเพื่อนหรือครอบครัว อาจทำให้สถานพยาบาลมีผู้รับบริการตรวจสุขภาพรายใหม่เพิ่มจำนวนในแต่ละปี ส่งผลให้ภาพรวมผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งมีอัตราสูงขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นงานที่มีความเป็นพลวัตร สถานพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการให้บริการที่เกินความคาดหวังของผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งนี้ควร

ประเมินคุณภาพบริการเพื่อหาช่องว่างของการบริการอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประเมินความต้องการข้อมูลเพื่อจัดบริการให้ตรงกับผู้รับบริการ นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ และช่วยเสริมให้สถานพยาบาลมีคุณภาพบริการที่ดี นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมด้านการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลด้านการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงจากโรคมะเร็งในบริบทของสังคมเมือง เพื่อให้ประชาชนหรือผู้รับบริการมีความรู้ในการดูแลตนเองและตัดสินใจใช้บริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการของคลินิกตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจนประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพให้มีคุณภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions. New York: The Free Press; 1990.
2. วีระพงษ์ เอลิมจิระรัตน์. คุณภาพในงานบริการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ประชาชนจำกัด; 2542.
3. สมวงศ์ พงศ์สถาพร. Hitech Marketing. กรุงเทพฯ: ยูนิซีแอลบุ๊กส์; 2550.
4. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multi-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. J Retailing 1988;64:12-40.
5. กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี, ปารณนา ปุณณกิตติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร 2554;30:443-56.
6. จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร. การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.
7. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper and Row Wisher; 1973.
8. พัทธนี สมกำลัง, ไพรมา ชุนโมกษ์, ผลการวรรณ เสนาะ, กรทิพย์ เชื้อตาหมื่น, กฤติยา นวลฝ้าย. ความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลนครพนม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2554;21:85-93.
9. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
10. จารุณันท์ พิชัยรัตน์. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์การพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
11. ศักดิ์กษะ บุญรอด. ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
12. Maryam Changizi, Mohammad Hossein Kaveh. Educational intervention and cancer prevention: A systematic review. J Cell Immunother 2017;3:17-9.
13. พรชัย ดีไพศาลสกุล. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. Veridian E-Journal Silpakorn University 2556;6:573-92.
14. พัชรี เจริญพร. รายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง คลินิกตรวจสุขภาพตรวจสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรคมะเร็ง. สรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2560.

บทบาทพยาบาลในการดูแลต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากการ รับรู้ข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง

สมพร ปานผดุง¹

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร²

บทคัดย่อ โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่นับวันพบอุบัติการณ์มากขึ้น ผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามการลุกลามของโรค แนวทางการรักษามักไม่ได้หวังผลให้หายขาด แต่เป็นการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยในทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โรคมะเร็งในความคิดของบุคคลทั่วไปเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและเสียชีวิตในระยะเวลานาน ส่งผลให้การได้รับทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยและครอบครัว มักเกิดความเครียด วิตกกังวล และการรับทราบนั้นเปรียบเสมือนการได้รับข่าวร้าย ปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว มีความซับซ้อนและยุ่งยากในการให้ความช่วยเหลืออีกทั้งเป็นความยากลำบากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการแจ้งข่าว และการให้ความช่วยเหลือดูแล เนื่องด้วยการให้ความช่วยเหลือเยี่ยวยาต้องอาศัยผู้ที่มีทั้งศาสตร์และศิลป์ มีความชำนาญ ประสบการณ์ค่อนข้างสูง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับและปรับตัวได้เป็นอย่างดี ในทางตรงกันข้าม หากปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดขึ้น ไม่ได้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างไร้ก็ตามการแจ้งข่าวร้ายเกี่ยวกับภาวะโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจนสามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ปรับตัวตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือที่ตรงตามความต้องการ คงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุขในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในทุกมิติ (วารสารโรคมะเร็ง 2561;38:129-141)

คำสำคัญ: การบอกความจริง การแจ้งข่าวร้าย บทบาทพยาบาล การดูแลพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็ง

¹โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Nurse Role in Nursing Care in Response to Breaking Bad News to Cancer Patients

by Somporn Panphadung¹, Wongchan Petpichetchian²

¹Faculty of Medicine, Songklanakarind Hospital, ²Faculty of Nursing, Songklanakarind University

Abstract Cancer is a chronic disease, and its incidence has been increasing continuously. Most cancer patients are hospitalized at an advanced stage. Survival rates have been decreasing in the advanced stage. Treatment guidelines are not expected to result in a cure, but rather help patients sustain a satisfactory quality of life for as long as possible. Cancer, in the minds of most people, is a disease that causes suffering and death in a short time. When patients are diagnosed with cancer, they suffer stress, anxiety, and perceived lack of control, which extends to other family members. Telling the truth about the diagnosis, prognosis, and treatment, is like delivering bad news. It is difficult for medical personnel to tell the truth, because of the anticipated reactions to bad news by patients and their families. Comprehension and acceptance of the truth is complicated and difficult. Therefore, assistance needs to be provided by those who have the knowledge, skills, and experience to help patients and their families. However, telling the truth patients and families about the prognosis and treatment guidelines for the disease, then providing appropriate support, can help patients accept, adapt, and decide on the best treatment options. Patients and families would thus receive assistance according to their needs, to enable them to maintain their normal daily lives and enjoy the best possible quality of life. (*Thai Cancer J* 2018;38:129-141)
Keywords: truth telling, breaking bad news, nurse role, nursing care, cancer patient

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข คาดว่าจะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 และยังเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งในประชากรไทย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 60,000-70,000 รายต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2558¹ ถึงแม้ในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคมะเร็งมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น แต่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อภาวะโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม² ทำให้อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยลดลงตามระยะของโรคที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ³ การลุกลามของโรคมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ⁴ เป็นปัญหาที่ซับซ้อนมีความยุ่งยากในการให้ความช่วยเหลือดูแล ในความคิดของบุคคลทั่วไป

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นแล้วต้องตาย มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และรับรู้ถึงการต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้การรับรู้ต่อการเป็นโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่กระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบปัญหาสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือการบอกความจริง (truth telling) เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยทราบ⁵ เนื่องจากการรับทราบความจริงในความรู้สึของผู้ป่วยและครอบครัวเปรียบเหมือนกับการได้รับแจ้งข่าวร้าย (breaking a bad news) ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้นหลังการได้รับแจ้งไม่แตกต่างกัน⁶ ซึ่งพบได้ทั้งการปฏิเสธ มีอารมณ์โกรธ การต่อรอง ภาวะซึมเศร้า และการยอมรับ⁷ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับ

ปรับตัวและสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและแนวทางการรักษามากที่สุดถึงร้อยละ 78 แต่ในทางกลับกันบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษามีการบอกข้อมูลทั้งหมดให้แก่ผู้ป่วยรับทราบเพียงร้อยละ 35 จากข้อมูลของศูนย์มะเร็งสหราชอาณาจักร (UK Cancer Center) ซึ่งไม่แตกต่างจากข้อมูลในประเทศไทยที่ผู้ป่วยต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรค การเจ็บป่วยและการรักษาอยู่ในระดับมาก^{8,9} แต่การบอกความจริงกลับเป็นไปด้วยความยากลำบากของบุคลากรทางการแพทย์ในการบอกกล่าว^{10,11} ทำให้การช่วยเหลือดูแลอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวมทำได้ยากมากยิ่งขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เมื่อภาวะโรคเข้าสู่ระยะลุกลามมักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติ และมีความยุ่งยากซับซ้อนในการให้ความช่วยเหลือดูแล อีกทั้งการไม่สามารถคาดเดาปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายได้ ส่งผลให้เกิดสภาพของการดูแลที่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการบอกกล่าวความจริงเกี่ยวกับข้อมูลภาวะโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษา หรือการบอกข้อมูลความจริงบางส่วนหรือไม่ได้บอกข้อมูลทั้งหมดแก่ผู้ป่วย มักส่งผลกระทบต่อความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา การเตรียมตัววางแผนจัดการเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การยอมรับและปรับตัวกับสถานการณ์ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อภาวะโรค

ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายการให้ความช่วยเหลือดูแลมักเป็นไปไม่ได้ด้วยความยากลำบากมากยิ่งขึ้น และยังส่งผลให้ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความกังวล อึดอัดใจ รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างที่ใจต้องการ ซึ่งเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ไม่มีความกระจ่างชัด¹² ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัญหาเกี่ยวกับการบอกความจริงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มาจากหลายสาเหตุ บางกรณีผู้ป่วยยินดีรับฟัง แต่เป็นความยากลำบากของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องบอกกล่าวหรือพูดคุยกจากประสบการณ์ ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้าย การไม่สามารถคาดเดาปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเกิดขึ้นหลังได้รับแจ้ง หรือเกิดจากความไม่มั่นใจในความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวยอมรับกับความจริงได้ดีหรือไม่ อย่างไร¹² บางกรณีผู้ป่วยพร้อมรับฟัง แต่ญาติไม่ยินยอมให้บุคลากรทางการแพทย์บอกผู้ป่วยเพราะกลัวปัญหาที่จะตามมาภายหลังที่ไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือผู้ป่วยได้¹³ เนื่องจากการรับรู้ความจริงของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนความตายเข้ามาอยู่ใกล้ตัว เกิดภาวะเครียด สับสน กังวลใจ เป็นห่วงครอบครัว และรู้สึกเป็นสิ่งที่บั่นทอนทำลายความหวัง¹⁴ อาจยอมรับไม่ได้จนมีภาวะซึมเศร้าหรือคิดฆ่าตัวตายได้^{15,16} บางกรณีผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิเสธการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยเอง จนอาจทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้สึกขัดแย้งทางจริยธรรม เกี่ยวกับการต้องปกปิดข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติควรรับรู้ หากทุกอย่างอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจน มักส่งผลให้การทำงานของ

บุคลากรที่มีสุขภาพเป็นไปด้วยความยากลำบากมากยิ่งขึ้น แต่หากบุคลากรสามารถบอกความจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลของการช่วยเหลือที่ดี ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะรับฟัง การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวจะส่งผลต่อเนื่องไปจนถึง การสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา การให้ความร่วมมือในการรักษาหรือวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan, family meeting) ตลอดไปจนถึงมีการทำบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในการแสดงเจตนาารมณล่วงหน้าก่อนตาย (advance directive, living will) ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลมุ่งเน้นไปที่ความสุขสบายของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมในทุกมิติ เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม ความสำคัญในเรื่องการแจ้งข่าวร้ายไม่ได้อยู่ที่การแจ้งหรือไม่เพียงอย่างเดียว สิ่งที่สำคัญคือ การให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว หลังได้รับการแจ้งได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจนผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับและปรับตัวได้ดี¹⁰

การช่วยเหลือที่ดีจะเกิดขึ้นได้หากสามารถให้การดูแลเยียวยาได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่จะส่งผลต่อความตายหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยในระยะเวลาอันใกล้ซึ่งมักเกิดปฏิกิริยาตอบสนองได้ถึง 5 ระยะ ตามทฤษฎีของคูเบอร์รอสส์⁷ คือ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะปฏิเสธ เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยและ

ครอบครัวรับทราบข้อมูล และมีภาวะช็อกในความรู้สึก ไม่ยอมรับการวินิจฉัย หรือการรีบแจ้งข่าวร้ายในขณะผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่พร้อมรับข้อมูล

ตัวอย่างของการบอกความจริงที่เร่งรีบเกินไปเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเมเร็งมีการลุกลามเข้าสู่ระยะท้าย ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยด้วย palliative performance scale (PPS) อยู่ในระดับ 50% ญาติผู้ป่วยพูดคุยปรึกษากับพยาบาลหลังได้รับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ "ผมขอบคุณมากครับ ที่อธิบายรายละเอียดทุกอย่างให้ผมทราบและเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค การพยากรณ์โรค อาการของแม่และทางเลือกในการรักษาอีกครั้ง ผมรับทราบและต้องการดูแลแม่ให้ดีที่สุด และอยากให้แม่อยู่กับผมให้นานที่สุด ผมขอขอบคุณที่ถามผมก่อนเรื่องการบอกความจริงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคให้แม่ของผมทราบ ผมยังไม่อยากให้ออกตอนนี้ ผมต้องบอกแน่ ๆ ครับ แต่ยังไม่ใช่ตอนนี้ ผมขอเป็นคนบอกเองนะครับ ผมจะค่อย ๆ บอกไปที่ละนิด ก่อนที่ผมจะมารักษาที่นี่ ผมรู้สึกเสียใจที่ผมไปรักษาที่แรก ผมได้รับการบอกการวินิจฉัยครั้งแรกต่อหน้าแม่ทันที ผมรู้สึกโกรธ และไม่เชื่อผลการรักษาและขอย้ายสถานที่รักษาครับ เมื่อมาที่นี่ แพทย์ยืนยันผลการรักษากับผมอีกครั้ง ผมรับได้แล้วครับ และจะขอเป็นคนบอกถึงความก้าวหน้าของโรคให้แม่ทราบเองนะครับ" พยาบาลได้อธิบายเหตุผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และความสำคัญของการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคให้กับผู้ป่วยได้รับทราบแก่ญาติ หลังจากให้เวลาญาติผู้ป่วยบอกผู้ป่วยให้รับทราบเอง และญาติให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายและทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

จนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและญาติสามารถยอมรับและปรับตัวได้

ปัญหาของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เมื่อทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัย และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย มักเกิดปฏิกิริยาตอบสนองเช่นเดียวกับผู้ป่วย⁶ หากมีการแจ้งข่าวด้วยความเร่งรีบอาจเกิดผลเสียขึ้นได้ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่พร้อม ในทางปฏิบัติการแจ้งข่าวสามารถแจ้งได้ทั้ง 3 วิธี¹⁷ คือ การบอกตรง ๆ (hard tell) การบอกอย่างนุ่มนวล (soft tell) และการเลี่ยงที่จะยังไม่บอกความจริง (no tell) ในบางสถานการณ์ ซึ่งแต่ละวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย จำเป็นต้องปรับใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายและแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความสำคัญของการบอกความจริงอยู่ที่การให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ ให้ความหวังที่เป็นจริงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผ่านพ้นความเครียดและกังวล จนสามารถยอมรับและเผชิญกับความจริงของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีส่วนสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาในการจัดการธุระที่ยังค้างคา เมื่อโรครุนแรงเข้าสู่ระยะสุดท้าย การรับทราบความจริงของผู้ป่วยและการได้รับการช่วยเหลือที่ดีตามความต้องการของผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการยอมรับ ปรับตัว สามารถยอมรับความตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีได้ แต่การแจ้งข่าวร้ายอาจกลับเป็นความลำบากยุ่งยากใจของผู้แจ้งที่ไม่สามารถคาดเดาปฏิกิริยาของผู้รับข้อมูลข่าวสารนั้นได้ หากขาดการประเมินความคาดหวังผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่อาจเกิดหลังจากการรับทราบความจริงของผู้ป่วยและครอบครัว หรือไม่มีแนวทางในการ

ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีหลังทราบความจริง อาจส่งผลเสียที่มีอันตรายถึงขั้นรุนแรงได้¹⁸

เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นตัวอย่างของการให้เวลาในการแจ้งข่าวร้าย แต่ในทางกลับกันในบางสถานการณ์การแจ้งข่าวร้ายอาจต้องเร่งรีบให้ทันกับเวลาที่เหลือในเวลาอันสั้น

กรณีศึกษาตัวอย่าง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นมะเร็งปากมดลูกร่วมกับมีอาการกลืนเนื้ออ่อนแรง ผลการตรวจร่างกายและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่าการลุกลามของมะเร็งไปยังตำแหน่งของก้านสมองซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น ในขณะที่ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ PPS=50% แพทย์มีแผนการรักษาโดยการฉายรังสี หลังจากแพทย์แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบ พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว สอบถามความรู้สึกและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยทราบความจริง เนื่องจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ในระยะเวลาอันสั้น ผู้ป่วยตอบพยาบาลว่า "หนูไม่กลัวตายเลยคะพี่ หนูยอมรับได้ แต่หนูเป็นห่วงลูกอายุ 3 ขวบ จะมีใครดูแลเค้าได้เหมือนหนู หนูเป็นห่วงลูกมากคะ" หลังจากพยาบาลประชุมครอบครัว ประเมินการรับรู้ของครอบครัวและอธิบายให้ครอบครัวของผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยยอมรับได้ ผู้ป่วยยังกังวลและเป็นห่วงลูกมาก มีใครในครอบครัวที่จะให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยได้บ้างหรือไม่ที่สามารถดูแลลูกของผู้ป่วยได้เหมือนกับผู้ป่วยได้ดูแลลูกด้วยตนเอง น้องสาวฝาแฝดของผู้ป่วยรับปากจะรับเป็นบุตรบุญธรรมและจะดูแลลูกของผู้ป่วยให้เหมือนลูก

ของตัวเอง แนะนำให้ญาติช่วยบอกกล่าวและยืนยันให้ผู้ป่วยรับทราบ น้องสาวและแม่ของผู้ป่วยยืนยันจะดูแลบุตรของผู้ป่วยให้เป็นอย่างดี หลังจากจัดการทุกอย่างเรียบร้อย สะท้อนคิดให้ครอบครัวผู้ป่วยมองไปยังเป้าหมายใหม่ที่ลูกสาวของผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การดูแลไปด้วยกันในครอบครัว จนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบหลังจากวันนั้นอีกเพียง 3 วัน ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้และดูแลกันและกันในครอบครัวได้ดี

การตัดสินใจในการบอกกล่าวความจริงในบางกรณีอาจจำเป็นต้องทำในเวลาอันรวดเร็วอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและมีแนวทางแก้ไข จนผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายอย่างสงบได้ และครอบครัวสามารถปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ดี การได้รับข้อมูลความจริงและมีเวลาช่วงสุดท้ายในการเตรียมความพร้อมในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะสิ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยหมดห่วง หหมดกังวล ปล่อยวาง จนเกิดความสงบในจิตใจและยอมรับความตายได้อย่างสงบ ส่วนด้านครอบครัว การค้นหาเป้าหมายใหม่ในชีวิตอย่างมีความหมายเป็นสิ่งสำคัญ ความหมายของชีวิต (meaning of life) จะมีส่วนช่วยให้การดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณค่า และมีความหมายด้วยความหวังที่เป็นจริง การช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวยอมรับความตายของผู้ป่วย และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข ด้วยเหตุผลที่มนุษย์ทุกคนจะใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย หากทราบว่ากรรมมีชีวิตนั้นอยู่เพื่ออะไรบางอย่าง หรือใครบางคน โดยมีชีวิตอยู่อย่างมีจุดหมาย และความหมายที่มีคุณค่า ซึ่งประกอบด้วย

คุณค่า 3 ประการ คือ คุณค่าการสร้างสรรค์ เช่นการทำงานด้วยความมุ่งมั่นและทุ่มเท ด้วยความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง หรือจากคุณค่าประสบการณ์ จากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนมนุษย์ ความศรัทธา มโนธรรม คุณงามความดี และสัจธรรม หรือจากคุณค่าของโลกทัศน์ คือการมองโลกอย่างมีความหมาย ถือเป็นบุญแก่สำคัญในการค้นพบความหมายของชีวิต โดยมองในทัศนะด้านบวก ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต และยืนหยัดในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือแม้แต่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้¹⁹ จากคุณค่าความหมายของชีวิตทั้ง 3 ประการ สามารถนำมาบูรณาการในการให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี

ระยะโกรธ หลังรับทราบความจริงหากผู้ป่วยไม่ยอมรับความจริงจากการรับแจ้งข่าวร้าย จะเกิดปฏิกิริยาอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว และต่อต้าน และคิดว่าไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองจริง ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธกับทุกอย่างรอบ ๆ ตัว ส่งผลให้มีความยุ่งยากในการดูแล ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน ทำให้เจ้าหน้าที่มักหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปดูแลและให้การช่วยเหลือ บุคลากรควรให้ความเคารพผู้ป่วย เข้าใจ เห็นใจ และเอาใจใส่ต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย ยอมรับการแสดงออกทั้งทางบวกและทางลบของผู้ป่วย

กรณีตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยอายุ 55 ปี หลังจากติดตามการรักษามาตลอดระยะเวลา 2 ปี เมื่อคำพาก่อนทางหน้าท้อง และเจาะชิ้นเนื้อตรวจพบว่าเป็นถุงน้ำในรังไข่ที่ไม่ใช่อ่อนร้าย และมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาตลอด 2 ปี การเจาะชิ้นเนื้อตรวจ

ครั้งสุดท้ายพบว่าเป็นมะเร็งรังไข่ ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ ทำไมถึงบอกว่าไม่เป็นอะไรมาตลอดการติดตามการรักษา โกรธและตำหนิบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้น โกรธคนรอบข้างที่ไม่เข้าใจความรู้สึกของตนเอง การดูแลช่วยเหลือต้องอาศัยการรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจเห็นใจ เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย อธิบายให้ความกระจ่างและให้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค การดำเนินโรค ให้ความจริงใจต่อผู้ป่วยและเสนอแนะสะท้อนคิด กับแนวทางการอยู่กับปัจจุบันและทำปัจจุบันให้ดีที่สุด โดยปรึกษาแพทย์ถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรค และแนวทางการรักษา ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการรักษาของแพทย์จะสามารถให้การรักษาที่ดีที่สุดได้ และการอยู่คอยให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษา และสามารถติดต่อได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือให้การดูแลเอาใจใส่ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความหวังผู้ป่วยตามความเป็นจริง คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาที่ดี อดทนกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือความหวังตามความเป็นจริง จะทำให้เกิดการยอมรับและปรับตัวได้ จนกระทั่งสามารถช่วยประคับประคองชีวิตผู้ป่วยให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข²⁰

ระยะต่อรอง อาจเกิดหลังได้รับการบอกความจริงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หรือเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับภาวะโรคที่รุนแรงขึ้น เพื่อหาทางเลือกใหม่ที่ดีกว่าเดิม

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 26 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม มีการลุกลามไปยังปอด ในครอบครัวมีพ่อ แม่ และพี่ชาย 2 คน

จากการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยยอมรับความตายได้ แต่กลัวความเจ็บปวด ได้รับการดูแลจาก pain clinic team ใช้ยาแก้ปวดในระดับสูงสุด และสามารถควบคุมความปวดได้ดีให้การดูแลช่วยเหลือจัดการกับอาการที่รบกวนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เป็นส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ (PPS=50%) จากการประเมินการรับรู้สภาวะของโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยรับทราบและยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และต้องการจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน แต่เป็นห่วงครอบครัว และต้องการถวายพระพุทธรูปเป็นพระประธานในโบสถ์ของวัดในชนบทแห่งหนึ่ง ประเมินการรับรู้จากแม่ผู้ป่วย หลังทราบการพยากรณ์โรคจากแพทย์ มารดาผู้ป่วยไม่เชื่อว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย เนื่องจากมารดาผู้ป่วยยังเห็นระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยยังเป็นปกติ และพูดคุยทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เกือบปกติ จะมีอาการอ่อนเพลียบ้างเวลาปวด ถึงแม้แพทย์ได้อธิบายเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคให้มารดาผู้ป่วยฟังแล้วก็ตาม มารดาผู้ป่วยพยายามไปปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่รู้จักกัน เพื่อหาแนวทางการรักษาที่ดีกว่า พยายามให้ผู้ป่วยหายจากโรคให้ได้ และมักกล่าวโทษว่าผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของตน เช่น พยายามหาสมุนไพรมาให้ผู้ป่วยกิน แต่ผู้ป่วยไม่ยอมกิน บางครั้งขอคำแนะนำให้พยาบาลช่วยอธิบายผู้ป่วย พยายามหาข้อมูลของยาสมุนไพรที่หามาให้อ่านและแจ้งให้มารดาผู้ป่วยทราบว่าสมุนไพรเป็นการบำรุงร่างกายไม่ใช่ยารักษา หากผู้ป่วยไม่ต้องการรับประทุกัน

แนะนำให้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย และควรให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ให้มีมีความสุขสบายที่สุด ปรีกษาครอบครัวเรื่องผู้ป่วยต้องการถวายพระพุทธรูปให้กับวัดที่ห่างไกล ช่วยเหลือแนะนำญาติให้ช่วยจัดการนิมนต์พระมารับการถวายพระพุทธรูปจากผู้ป่วยให้ทันเวลาที่ผู้ป่วยมีอยู่ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการอภัยและขอโทษกรรมให้กับพี่ที่เคยมีปัญหากันตอนสมัยเด็ก ๆ และได้พูดคุยกันมาอีกเลย จากการขอความช่วยเหลือของมารดาผู้ป่วยให้ช่วยเปิดโอกาสให้ทั้งสองคนได้พูดคุยกันในห้องที่เป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พูดคุยซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษา คำแนะนำชี้แนะในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด อธิบายเกี่ยวกับภาวะโรคและแนวทางการรักษาเป็นระยะ ให้ความหวังตามความเป็นจริง สะท้อนคิดเกี่ยวกับความเป็นจริงของชีวิต การยอมรับความจริงเกี่ยวกับภาวะของโรคและแนวทางการรักษา การปล่อยวางและให้การดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายที่สุด ให้ความช่วยเหลือและทำตามความต้องการของผู้ป่วย²¹ และค้นหาเป้าหมายใหม่ในการเป็นหลักในการดูแลบุตรที่ยังอยู่อีกสองคน จนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางการบอกลาของญาติมิตรและครอบครัวผู้ป่วย โดยกระซิบข้างหูผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต มารดาผู้ป่วยยืนยันกับผู้ป่วยเรื่องให้ผู้ป่วยปล่อยวางครอบครัวสามารถอยู่ดูแลกันและกันต่อไปได้ จนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและครอบครัวสามารถยอมรับและปรับตัวได้ดี

การดูแลที่ต้องให้ความมั่นใจกับแม่ผู้ป่วยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทั้งในเรื่องการจัดการอาการ แนวทางการรักษาที่ดี

สำหรับผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการสิ่งที่ค้างคาในใจ และจากไปอย่างสงบ การสะท้อนคิดให้ครอบครัวสามารถยอมรับความจริงและปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยมีเป้าหมายที่ลูกชายอีกสองคนที่มีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมักมีเรื่องหลักจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการดูแลอยู่เสมอ ในการปฏิบัติมักอยู่บนความขัดแย้งในใจทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่เอง ในการตัดสินใจปฏิบัติพยาบาลควรยึดหลักจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล²² โดยทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพื่อปกป้องหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์ และปกป้องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เคารพในเอกสิทธิ์และความเป็นอิสระของผู้ป่วย

ระยะซึมเศร้า อารมณ์และความรู้สึกซึมเศร้าจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ความเข้มแข็งของแต่ละบุคคล การแสดงออกของระยะซึมเศร้า อาจเป็นการปลีกตัวจากสังคม มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ชอบเก็บตัว ไม่ยอมติดต่อกับหรือพบปะกับใคร มีอาการร้องไห้ หงุดหงิดง่าย คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย เป็นต้น

กรณีตัวอย่างหญิงไทยอายุ 68 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม การรักษาอยู่ระหว่างการฉายรังสีรักษา (PPS=50%) ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือเลือดออกผิดปกติใด ๆ ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนบนเตียงและหันหน้าเข้าหากำแพงห้องตลอดเวลา การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่เป็นในลักษณะ ถามคำตอบคำ ไม่ค่อยพูดคุย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม นอนเป็นส่วนใหญ่

ต้องมีการกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนญาติ
นั่งเฝ้าผู้ป่วยที่เตียงญาติอีกฝั่งของห้อง ซึ่งเป็นสามีของ
ผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี สามีผู้ป่วย
อายุ 72 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก มีบุตรสาว 1 คน และ
หลานอายุ 3 ขวบ

พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและ
ครอบครัว ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและ
ช่วยเหลือในการจัดการอาหารให้ผู้ป่วยสุขสบายอย่าง
สม่ำเสมอ ดูแลและแนะนำฝึกทักษะในการดูแล
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ให้ความจริงใจใน
การช่วยเหลือตามความต้องการทุกครั้งขณะให้การ
ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย
ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย รับฟังอย่างตั้งใจ
ให้ความเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย ยอมรับการแสดงออกของ
ผู้ป่วยโดยไม่ตัดสิน หลังให้การดูแลจนผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจ
ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่ารู้สึกถึงความล้มเหลวในชีวิต
ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ไม่มีสิ่งดี ๆ ในชีวิตเลย มีแต่ความ
ผิดหวัง มีแต่เรื่องที่ทำให้เสียใจ พยาบาลรับฟังอย่าง
ตั้งใจ ผู้ป่วยเล่าถึงความคาดหวังที่มีต่อบุตร ซึ่งติด
ภาระงานและการเลี้ยงดูลูกวัย 3 ขวบ พยาบาลสะท้อน
คิดในสิ่งที่สังเกตเห็นได้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับ
การรักษา คือผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีจากสามี
พยาบาลชี้ให้ผู้ป่วยเห็นสิ่งที่มีคุณค่ามากที่สุดที่อยู่
ใกล้ตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นสามีของผู้ป่วยที่คอยให้ความรัก
ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ซึ่งถือเป็นความโชคดีของ
ผู้ป่วย ผู้ป่วยรับฟัง ยิ้มและเริ่มเล่าว่า "ใช่ค่ะ ลุงเป็นคนดี
และคอยช่วยเหลือป้ามาตลอด ลุงไม่เคยทำให้ป้า
เสียใจเลยแม้แต่ครั้งเดียว ลุงคือความภูมิใจของป้า"
หลังจากนั้นคุณป้าก็เล่าถึงดีของคุณลุง สิ่งดี ๆ

ที่คุณลุงทำให้คุณป้าออกมาจากคำบอกเล่าของคุณป้า
อีกมากมาย และสิ่งดี ๆ ในชีวิตของคุณป้าก็เริ่มชัดขึ้น
พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ การมองโลกทัศน์ด้านบวก
ออกจากมุมมองด้านลบในชีวิตของคุณป้า มองเห็น
ความดีของคุณลุงที่ทำให้คุณป้ามาตลอด สร้างความ
รู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองได้เป็นอย่างดีจากการส่งเสริม
สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว การมีชีวิตอยู่
อย่างมีคุณค่าและความหวังตามความเป็นจริง จะ
ส่งผลให้การมีชีวิตอยู่ของคุณป้ามีคุณค่าและความหมาย
มากยิ่งขึ้น¹⁹ หลังจากวันนั้นพฤติกรรมของคุณป้าเริ่มมี
การเปลี่ยนแปลง จากที่เคยนอนติดเตียงหันหน้าเข้าหา
กำแพงตลอดเวลา ไม่พูดคุย เริ่มเปลี่ยนเป็นลงมานั่ง
ข้างเตียงใกล้ ๆ คุณลุงบ่อยขึ้น ลงมานั่งพูดคุยกับ
คุณลุงที่นั่งเฝ้าอยู่ที่เตียงญาติ เริ่มนั่งอ่านหนังสือพิมพ์
ข้าง ๆ คุณลุง เริ่มพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เข้ามา
ดูแลคุณป้าด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม คุณป้าให้ความร่วมมือ
ในการดูแลรักษามากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันด้วย
ตนเอง และยังได้เห็นภาพคุณป้านั่งรับประทานอาหาร
พร้อมคุณลุงด้วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ผลของการ
วางแผนการดูแลล่วงหน้าและประชุมครอบครัว
ผู้ป่วยเลือกการดูแลแบบประคับประคองและกลับไป
รักษาตัวที่บ้าน จนถึงวันที่แพทย์อนุญาตให้
กลับบ้านได้ แนะนำฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้
ครอบครัว ส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
ดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จนกระทั่งญาติติดต่อแจ้ง
ให้เจ้าหน้าที่ทราบเรื่องผู้ป่วยจากไปอย่างสงบหลังจาก
กลับบ้านไประยะหนึ่ง จากกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่
ต้องการความเข้าใจ การรับฟังด้วยหัวใจ ต้องการ
ความหวัง กำลังใจ การให้ความเคารพในคุณค่าและ

ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ในการดำรงอยู่²⁰ และแรงสนับสนุนของครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริง มีการปรับตัว ยอมรับ และกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาถึงแม้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีชีวิตอยู่ได้ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰

อีกหนึ่งกรณีตัวอย่างของครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลด้วยเมเร็งรังไข่ระยะลุกลาม อายุ 44 ปี มีบุตรชายอายุ 10 ขวบ สามีและแม่ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลัก (PPS=30%) ยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจ เมื่อเจอหน้ากันผู้ป่วยยิ้มให้และพยาบาลทักทายผู้ป่วย พุดคุยสอบถามประเมินถึงการรับรู้เรื่องการดำเนินโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยบอกว่าทราบดี แพทย์บอกผู้ป่วยแล้ว พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงกำลังใจ ผู้ป่วยบอกไหวค่ะ ทำใจได้แล้ว บุตรมีมารดาและสามีคอยดูแลให้ พยาบาลสอบถามงานอดิเรกหรือสิ่งที่ชอบทำเป็นประจำ ผู้ป่วยชอบอยู่เงียบ ๆ ต้องการอ่านหนังสือธรรมะ พยาบาลจัดหาหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วย ขณะช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ พยาบาลสังเกตเห็นมารดาผู้ป่วยขณะเฝ้าไข้ หน้าตาไม่สดชื่น ดูเศร้าหมอง พยาบาลสังเกตช่วงจังหวะที่มารดาผู้ป่วยว่างจากการดูแลผู้ป่วยช่วงที่มีสามีมาช่วย ผลัดเปลี่ยนในการดูแล พยาบาลได้ขออนุญาตมารดาผู้ป่วย ขวนมารดาผู้ป่วยออกมานอกห้องเพื่อเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกพุดคุย ชักถามข้อสงสัย มารดาผู้ป่วยเล่าไปด้วยน้ำตาไหลนองหน้า บอกว่าพยายามทำใจแต่พอเวลาอยู่คนเดียวจะรู้สึกใจหาย

และเครียดกังวลขึ้นมาทุกครั้ง ทำใจไม่ได้ที่ลูกต้องจากไปก่อนตนเอง พยาบาลพุดคุยตอบข้อซักถามและสะท้อนคิดเรื่องผู้ป่วยยอมรับภาวะโรค ยอมรับและเผชิญกับความตายได้ การให้การดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบายเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนช่วยได้ในขณะนี้ และการช่วยค้นหาสิ่งที่ยังค้างคาที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือในเวลาที่ยังมีอยู่ตามความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลสะท้อนคิดเกี่ยวกับเป้าหมายของชีวิตในอนาคตในการดูแลและเป็นหลักที่พึ่งพิงให้กับหลาน ซึ่งเป็นบุตรของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นได้ มารดาผู้ป่วยพยักหน้าและบอกว่าจะเป็นหลักในการดูแลหลานให้ดีที่สุด มารดาผู้ป่วยบอกว่าวันนี้รู้สึกดีขึ้น สบายใจขึ้น พยาบาลสังเกตเห็นสีหน้ามารดาผู้ป่วยดีขึ้น ดูไม่เศร้าหมองเหมือนก่อน มารดาผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยเข้มแข็งกว่าตน ผู้ป่วยได้เตรียมการทุกอย่างไว้พร้อมแล้วหากต้องจากไป ส่วนตนจะพยายามปรับตัวและเป็นหลักในการดูแลหลานให้ดีที่สุด และจะดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด

การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในภาวะทุกข์โศกจากความรู้สึกต้องพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรักในเวลาอันใกล้ ด้วยการสะท้อนคิดให้ญาติผู้ป่วยเห็นและยอมรับความจริงของชีวิต และภาวะของโรคที่ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายตามพยาธิสภาพของโรค หลังจากช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยนั่งสงบ อารมณ์นั้นคงขึ้นจากการฝึกสวดมนต์ ทำสมาธิตามที่ญาติผู้ป่วยสนใจ และเคยมีการฝึกมาก่อนสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ด้วยการคิดดี พุดดี และทำดีต่อกัน สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยมองเห็นความจริงของชีวิต และเข้าใจภาวะ

ของโรคตามความเป็นจริง และสะท้อนคิดมารดา ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายใหม่ในการดูแลและเป็นหลักที่พึ่งพิงให้กับหลานซึ่งเป็นบุตรของผู้ป่วย เพื่อการค้นพบความหมายของการดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความหวังอย่างมีคุณค่าต่อไปในอนาคต²¹

ระยะยอมรับ การยอมรับสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง เมื่อความรู้สึกสูญเสีย เจ็บปวดหรือซึมเศร้าลดลง มองเหตุการณ์อย่างพิจารณาตามความเป็นจริงมากขึ้น มีจุดมุ่งหมาย เรียนรู้และปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไปได้

กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยมะเร็งรังไข่ระยะที่ 4 มีการลุกลามไปยังเยื่อช่องท้อง ผู้ป่วยอายุ 44 ปี มีบุตรชายอายุ 10 ขวบ สามีและแม่เป็นผู้ดูแล ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยถึงภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยบอกว่าทราบดี แพทย์บอกผู้ป่วยแล้ว ทามถึงกำลังใจ ผู้ป่วยบอกว่าไหวค่ะ ทำใจได้แล้ว บุตรมีมารดาคอยดูแลให้ ผู้ป่วยชอบอยู่เงียบ ๆ ต้องการอ่านหนังสือธรรมะ จัดหาหนังสือธรรมะให้ นิมนต์พระให้ผู้ป่วยได้ถวายสังฆทานตามความต้องการของผู้ป่วย ขณะช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย และช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก ผู้ป่วยเล่าว่าเป็นคนชอบอ่านหนังสือธรรมะ เข้าใจและยอมรับเรื่องความตายได้ และได้ถ่ายรูปหน้าโลงศพไว้แล้วทำหนังสือยกทรัพย์สินให้แก่บุตรไว้แล้ว และแจ้งญาติถึงความต้องการหลังการตายไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับความตายได้ด้วยการเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต เนื่องจากมั่นใจในตัวสามีและแม่

ที่จะสามารถให้การดูแลบุตรของตนได้ต่อไป

การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วย การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เข้าใจในความจริงของชีวิต จนสามารถยอมรับ และปรับตัวต่อความตายได้ดี²³ การบอกความจริงยังสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้จัดการเรื่องราวที่ยังค้างคาให้สำเร็จลุล่วงได้ตามความต้องการ และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยถึงความเป็นอยู่ของครอบครัว หลังจากผู้ป่วยจากไป ได้มีโอกาสชอภักย์และให้อภัยกับความรู้สึกผิดที่ยังฝังใจกับคนที่รัก จนสามารถปล่อยวางและจากไปอย่างสงบได้ ทางด้านครอบครัวเมื่อเริ่มยอมรับและเผชิญกับความจริงได้จะทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายใหม่ในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต ส่วนด้านเจ้าหน้าที่ จะทำให้สามารถวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเจ้าหน้าที่และครอบครัวให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีแนวทางในการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นถึงแม้ว่าการบอกความจริงจะเป็นหน้าที่ของแพทย์ก็ตาม แต่การบอกความจริงไม่เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่แท้จริงในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังหมายรวมถึงการให้ความช่วยเหลือเยียวยาให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับตัวกับการอยู่กับภาวะของโรค

ได้ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.เป็นผู้ที่สามารถใช้ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ทักษะ ประสบการณ์ ความเมตตา เชื้ออาทรในการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ บุคลิกของผู้ให้การช่วยเหลือที่มีความอบอุ่น ให้ความไว้วางใจได้ การให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล การติดตามประเมินความต้องการและให้ความช่วยเหลือเป็นระยะ¹⁰ ล้วนเป็นทักษะที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวหลังได้รับแจ้งข่าวร้าย การนำความรู้ความสามารถมาบูรณาการใช้ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับตัวได้ หากผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการ และได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดให้มีการได้รับข้อมูลตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกแนวทางในการรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลลงหน้าร่วมกับทีมสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล มีการปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและมีการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้เป็นอย่างดี²⁴ รวมถึงครอบครัวสามารถยอมรับ ปรับตัวและสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขหลังผู้ป่วยเสียชีวิต สามารถให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยใช้ช่วงเวลาสุดท้ายในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณค่า และการเตรียมความพร้อมในทุก ๆ ด้าน จนสามารถทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงกังวล ปล่อยวางและเกิดความสงบทางจิตใจและจากไปอย่างสุขสงบ

และสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ได้²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

การแจ้งข่าวร้ายเป็นเทคนิคเฉพาะทางที่ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญของผู้สื่อสารในการแจ้งข่าวร้าย และอาศัยผู้ให้การช่วยเหลือดูแลหลังผู้ป่วยและครอบครัวได้รับแจ้งข่าวร้าย ความสามารถในการช่วยเหลือที่เกิดจากความรู้ การฝึกฝน ทักษะความชำนาญ การรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ เห็นใจ ความเชื้ออาทร ความเชื่อถือไว้วางใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ความปรารถนาดี ความมีเมตตา การให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล เพื่อให้เกิดกระบวนการสื่อสารที่ดี โดยไม่ใช้ประสบการณ์และความคิดของผู้สื่อสารเข้าไปตัดสินผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจในสถานการณ์และมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว²⁶ ยอมรับการแสดงออกด้านบวกและด้านลบ เข้าใจปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและมีแหล่งสนับสนุนคอยช่วยเหลือหากมีปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสถานการณ์ปัจจุบันยังขาดแนวปฏิบัติที่ดีในการแจ้งข่าวร้ายและการเยียวยา ควรมีการทำทการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติที่ดีในการช่วยเหลือและเยียวยาได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข 2558 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2560.

2. นานิส รัตนภาสุร. ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร; 2550.
3. สมิทธิ์ สร้อยมาดี. อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล. วารสารโรคมะเร็ง 2560;37:62-71.
4. ยุพิน เพียรมงคล, ณัฐวรรณ สุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง การจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับเคมีบำบัด. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
5. วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ. บ้านปันรัก. วารสารก้าวใหม่ 2558;8: 8-11.
6. ยูนิดา อารามรมย์. ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
7. Kubler - Ross E. On Death and Dying. New York: Scribner; 1969.
8. สุระพร ปู่เจริญ. ความต้องการการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
9. ลักษณะ สุวรรณนิล. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
10. พงศกร เล็งดี, อุฬาร วิไลชา, นิวัฒน์ ศรีวิจารณ์, สาคร สามดาว, ณัฏชา เจริญภัทรากูณิ. มุมมองของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อการได้รับแจ้งการวินิจฉัยโรค. วารสารโรคมะเร็ง 2552;29:143-51.
11. Huang SH, Tang FI, Liu CY, Chen MB, Liang TH, Sheu SJ. Truth-telling to patients' terminal illness: what makes oncology nurses act individually? Eur J Oncol Nurs 2014;18:492-8.
12. ชิษณุ พันธุ์เจริญ. การสื่อสารทางการแพทย์. ใน: ชิษณุ พันธุ์เจริญ. จุงจิตร์งามไพบูลย์. บรรณาธิการ. คู่มือทักษะการสื่อสารด้านบริการทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาพรส. 2551:1-9.
13. กัญญาวิรี สิริโรจนามณี. การแจ้งข่าวร้ายในการดูแลแบบประคับประคอง การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
14. จุฬารัตน สุระกุล, อรุณญา เชาวลิต, ชอลดา พันธุสนา, วันดี สุทธิรังษี. ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร 2545;20:241-9.
15. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galieta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000;284:2907-11.
16. Kleespies PM, Hughes DH, Gallacher FP. Suicide in the medically and terminally ill: Psychological and ethical considerations. J Clin Psychol 2000;56:1153-71.
17. Weisman, AD. Coping with cancer. New York: McGraw-Hill; 1979.
18. ศิริพร ตาละชีพ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: หน่วยการพยาบาลให้คำปรึกษา. วชิระภูเก็ต.
19. พีรเทพ รุ่งคุณากร. ชีวิตนี้มีความหมาย. วารสารครุศาสตร์ 254;3:61-7.
20. ณฤดี กิจทวี. ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร; 2552.
21. สมพร ปานผดุง. ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
22. ดุจดือน เขียวเหลือง. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุศฎบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก; 2556.
23. พรศรี แสนปัญญา. ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร; 2553.
24. วรลักษณ์ เจริญศรี. กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและญาติในการเข้ารับการรักษาที่สถานบำบัดโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กรุงเทพมหานคร; 2556.
25. วรชมน บุณรัช. มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยา มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร; 2556.
26. อานนท์ วิทยานนท์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. กระบวนการของการสื่อสาร. สงขลานครินทร์เวชสาร 2554;29:195-201.

คำแนะนำการส่งต้นฉบับ

วารสารโรคมะเร็งยินดีรับบทความทางวิชาการหรือเรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารนี้ สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรคมะเร็ง และเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัยของคณะผู้เขียนไม่ใช่ความคิดเห็นของบรรณาธิการหรือผู้จัดทำขอให้ผู้นิพนธ์ส่งต้นฉบับที่จัดเตรียมถูกต้องตามคำแนะนำในเอกสารนี้มายังบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หรือทาง E-mail: thaicancerj@gmail.com

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

ควรประกอบด้วยบทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความทางวิชาการหรือบทพินิจวิชาการ (Review Articles)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ รวบรวมสังเคราะห์พบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียน และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ต้องส่งต้นฉบับ 2 ชุด (พร้อมไฟล์) และต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งตีพิมพ์ที่ใด

2. บทความที่พิมพ์รับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าเป็นภาษาไทยควรหลีกเลี่ยงคำภาษาอังกฤษ ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น พยายามไม่ใช้คำย่อ นอกจากคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

3. บทคัดย่อ ให้ย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ว่าเนื้อเรื่องจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และมีคำสำคัญ (Key words) ด้วย

4. ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมด้วยสถาบันที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และระบุผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ (corresponding author)

5. ต้นฉบับต้องพิมพ์อย่างชัดเจนมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด และ ใส่เลขหน้าทางมุมขวามุมบน

6. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพใช้ภาพขาวดำ ขนาดโปสเตอร์ ผิวหน้าเรียบเป็นมัน หรือพิมพ์จากคอมพิวเตอร์โดยใช้เครื่องพิมพ์เลเซอร์ ให้ใหญ่กว่าขนาดที่จะตีพิมพ์เพื่อให้ได้ภาพชัดเจน กำกับหมายเลขภาพ ชื่อผู้เขียนไว้ด้านหลังภาพทุกภาพ พิมพ์คำบรรยายภาพเป็นลำดับแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น

7. ตาราง พิมพ์แยกต่างหากโดยมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (foot note) พร้อมทั้งอธิบายตัวย่อในตารางตลอดจนบอกนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วน

8. เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอยู่ในวารสารทางการแพทย์ชั้นนำในขณะนี้ ให้กำกับการอ้างอิงด้วยหมายเลขและเรียงลำดับการอ้างหมายเลขที่กำกับในรายชื่อเอกสารอ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขในเนื้อเรื่องด้วย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

8.1 จาการวสาร

วารสารภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยชื่อผู้แต่ง (ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนแต่ถ้ามี 7 คนขึ้นไปให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรก แล้วเติม et al.) ชื่อเต็มของบทความ ชื่อย่อวารสาร (ใช้ตาม Index Medicus) ปีที่พิมพ์; ปีที่หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ให้เขียนแบบเดียวกับภาษาอังกฤษ เว้นแต่ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็มโดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและใช้ปี พ.ศ.

ตัวอย่าง

1. Chariyalertsak S, Sirikulchayanonta V, Mayer D, Kopp-Schneider A, Fuerstenberger G, Marks F, et al. Aberrant cyclooxygenase isozyme expression in human intrahepatic cholangio carcinoma. Gut 2001;48:80-6.

2. สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, พงษ์กิตติ จิตุภกร, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. Proliferating Cell Nuclear Antigen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: บทบาทในการพยากรณ์โรค.วารสารโรคมะเร็ง 2542;25:1-6.

8.2 จากหนังสือและโมโนกราฟอย่างอื่น

8.2.1 ผู้นิพนธ์เป็นบุคคล ตัวอย่างเช่น

Getzen TE. Health economics: fundamental of funds. New York: John Wiley & Sons; 1997.

8.2.2 บรรณาธิการ ผู้รวบรวม ประธานที่เป็นผู้นิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

Millares M, editor. Applied drug information: strategies for information management. Vancouver, WA: Applied Therapeutics, Inc.; 1998.

8.2.3 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ตัวอย่างเช่น

Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology. 6th ed. Norwalk, CN:Appleton and Lange; 1995. p. 361-80.

8.2.4 หนังสือที่เป็นชุด (series) ตัวอย่างเช่น

Bennett GL, Horuk R. Iodination of chemokines for use in receptor binding analysis. In:Horuk R, editor. Chemokine receptors. New York: Academic Press; 1997. p. 134-48. (Methods in enzymology; vol 288).

หมายเหตุ : Chemokine receptors = ชื่อหนังสือ
Methods in enzymology = ชื่อหัวข้อเรื่อง
ของ series

8.2.5 หนังสือ proceeding ของการประชุม ตัวอย่างเช่น

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8.2.6 เอกสารหรือแหล่งข้อมูลอื่น

เรื่องจาก หนังสือพิมพ์ ตัวอย่างเช่น

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution : study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

เรื่องจากวารสารใน internet ตัวอย่างเช่น

Laporte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995;310:1387-90. Available from: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. Accessed September 26, 1996.

เรื่องจาก web site ตัวอย่างเช่น

Health on the net foundation. Health on the net foundation code of conduct (HONcode) for medical and health web sites. Available at: <http://www.hon.ch/conduct.html>. Accessed June 30, 1998.