

ผลลัพธ์และกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Outcomes and process of palliative care in patients with advanced cancer

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2561

Volume 41 No.1 (January-March) 2018

ภัทราพิชญ์ เมธิพิชญ์ พย.ม.* อัมพพร นามวงศ์พรหม Ph.D.** น้าอ้อย กักตวงศ์ ส.ค.**

Patthranit Methipisit M.N.S* Ampaporn Namvongprom Ph.D.** Nam-oy Pakdevong Dr.P.H**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ และกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึง มิถุนายน 2558 โดยศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 95 ราย เก็บข้อมูลความรุนแรงของอาการจากแบบประเมิน ESAS และวิเคราะห์กระบวนการดูแลจากข้อมูลที่บันทึกโดยทีมดูแลในเวชระเบียน และเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยสถิติวิลคอกซ์

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงก่อนการดูแลตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกอาการ ($p=.000$) แสดงถึงประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติ การดูแลแบบประคับประคอง และการประเมินติดตาม

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ กระบวนการ การดูแลแบบประคับประคอง ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มะเร็งระยะลุกลาม

Abstract:

This retrospective research aimed to assess outcomes and process of palliative care provided by the palliative care team of Chulabhorn Hospital. Ninety-five medical records of patients with advanced cancer who were admitted during January 2014 and June 2015 were reviewed regarding the symptoms severity measured by ESAS and the process of care. The sample characteristics were analyzed by using descriptive statistics. The symptom severity scores between before and after receiving palliative care were compared by using Wilcoxon Signed Ranks test.

Findings showed that there were significantly decreased in severity of all symptoms including pain, fatigue, nausea, depression, anxiety, drowsiness, loss of appetite, not wellbeing, and dyspnea ($p=.000$) in patients whose symptoms severity score was over 4. The palliative care process included patient assessment, palliative intervention and reassessment. This results represent effectiveness of palliative care processes included assessments, interventions and reassessments.

keywords: outcomes, process, palliative care, palliative care team, advanced cancer

*Master Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Rangsit University

**Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

บทนำ

โรคมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม จะก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยอ่อนเพลีย เป็นต้น¹ และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹⁻⁴ การบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก และเป็นเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ที่ให้การบำบัดรักษา โดยมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก^{5,6}

ในปี พ.ศ. 2557 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งครบวงจร ได้จัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care team) ประกอบด้วย แพทย์มีบทบาทในการวินิจฉัย และให้การรักษา พยาบาลประจำทีมมีบทบาทในการประเมินความรุนแรงของอาการ ค้นหาปัญหาให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนด้านจิตใจ แนะนำวิธีการดูแลแบบไม่ใช้ยา และประสานการดูแลภายในทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักกายภาพบำบัดให้การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว แนะนำวิธีการเคลื่อนย้ายและการบริหารกล้ามเนื้อ นักโภชนาการให้คำแนะนำและสอนการดูแลด้านอาหารในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลจัดการปัญหาด้านสวัสดิการสังคม ร่วมกันวางแผนการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (Chulabhorn palliative care guideline) ที่ประยุกต์จากแนวปฏิบัติของ The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ฉบับปี ค.ศ. 2014⁶ ตามบริบทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจ

คัดกรอง (screening) เพื่อพิจารณาส่งต่อทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม รวดเร็ว 2) การประเมินโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative assessment) เพื่อค้นหาและระบุปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการ ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านกระบวนการแปลและทดสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ⁷ นอกจากนี้สมาคมการดูแลประคับประคองแห่งยุโรปได้แนะนำว่า ESAS เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลประคับประคอง⁸ มีข้อดีคือสามารถประเมินได้ง่าย ใช้เวลาไม่นาน สามารถใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยมะเร็งได้เป็นอย่างดี โดยประเมินความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 9 อาการ ได้แก่อาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ 3) การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง (palliative interventions) โดยให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วย (palliative care conference) วางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้การดูแลจัดการอาการที่มีคะแนนความรุนแรงจากแบบประเมิน ESAS ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการต่าง ๆ ได้แก่ แนวปฏิบัติการจัดการอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และเหนื่อยหอบ 4) การประเมินติดตามอาการหลังการดูแล (reassessment) โดยใช้แบบประเมิน ESAS ติดตามความรุนแรงของอาการหลังได้รับการดูแลโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อใช้พิจารณาปรับเปลี่ยนการดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะลุกลาม โดยวัดผลลัพธ์ด้านการบรรเทาความรุนแรงของอาการ

โดยใช้แบบประเมิน ESAS ติดตามความรุนแรงของอาการภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับการดูแล พบว่ามีผลลัพธ์ในทางบวก คือ ความรุนแรงของอาการทั้ง 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁹⁻¹² และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะลุกลามพบว่า การดูแลแบบประคับประคองมีประโยชน์ในด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย^{13,14} แต่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาผลลัพธ์ในการจัดการอาการผู้ป่วย มีงานวิจัยบางส่วนพบว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการดูแลไม่เพียงพอที่จะจัดการอาการ เป็นเพียงการให้คำปรึกษาและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นที่บ้าน โดยไม่ได้เน้นการดูแลรักษาอาการสำหรับผู้ป่วย¹⁴ เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจุฬารัตน์เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลามแบบประคับประคองตามแนวปฏิบัติ และศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลามตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคองตามแนวปฏิบัติ รวมทั้งให้รูปแบบหรือแนวทางที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของอาการทั้ง 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลามตามแนวปฏิบัติ โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สมมติฐานของการวิจัย

คะแนนความรุนแรงของอาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบในผู้ป่วยระยะลุกลามหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะลุกลามโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่ผ่านการคัดกรองและส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วย ค้นหา ระบุปัญหาผู้ป่วย และประเมินความรุนแรงรายการด้วยแบบประเมิน ESAS 2) การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองเน้นจัดการอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วย โดยอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วย คือ อาการที่มีคะแนนความรุนแรงตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ซึ่งจะได้รับการดูแลทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการ 3) การประเมินติดตามหลังการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยแบบประเมิน ESAS ภายใน 1 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือเวชระเบียนผู้ป่วยระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2558 จำนวน 205 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย (inclusion criteria) คือเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ระยะลุกลามคือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งที่ไม่ได้รับการรักษาเฉพาะด้วยยาเคมีบำบัด ฉายแสง หรือไม่ได้รับการรักษาเฉพาะแต่เน้นดูแลรักษาบรรเทาอาการ ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และได้รับการประเมินความรุนแรงรายอาการ จำนวน 9 อาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ครบทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองภายใน 1 สัปดาห์ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก(exclusion criteria) คือเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัย ตำแหน่งและระยะของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง

2. แบบบันทึกข้อมูลกระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการและการจัดการอาการ ที่ทีมดูแลแบบประคับประคองได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลการประเมิน ได้แก่ คะแนนความรุนแรงก่อนการดูแล ที่ได้จากแบบประเมิน ESAS จำนวน 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ คะแนนความรุนแรงเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด บันทึกข้อมูลประเด็นปัญหาด้านอื่นที่พบ และการวินิจฉัยโรคเพิ่ม

เติมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนการปรึกษา

2.2 ข้อมูลการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลความรู้ การสนับสนุนด้านจิตใจ การวางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลจัดการอาการที่มีคะแนนความรุนแรงก่อนการดูแลตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการ

2.3 ข้อมูลการติดตามอาการหลังการดูแล ได้แก่ คะแนนความรุนแรงที่ได้จากแบบประเมิน ESAS หลังการดูแลภายใน 1 สัปดาห์ และระยะเวลาในการเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยระดับคณะ (คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ 005/2016 ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เลขที่ 008/2559 เป็นงานวิจัยแบบย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน รายงานผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีภาระระบุชื่อหรือตัวตนของผู้ป่วยแต่ละราย และผ่านการอนุญาตให้สามารถใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และบันทึกกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ครอบคลุมการประเมิน การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง และการประเมินติดตามลงในแบบบันทึกข้อมูลการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการและการจัดการอาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทั้ง 9 อาการก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงก่อนการดูแลตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ด้วยสถิติการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks test) และวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 95 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.95

มีอายุระหว่าง 27- 90 ปี มีอายุเฉลี่ย 59.22 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.58 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.90 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบทางเดินหายใจและช่องอกมากที่สุด ร้อยละ 27.37 รองลงมาเป็นมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ร้อยละ 15.80 ผู้ป่วยทุกรายเป็นมะเร็งระยะที่ 4 และพบภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง ร้อยละ 64.21

ผลการดูแลจัดการอาการในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการก่อนการดูแลตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป โดยเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทั้ง 9 อาการ ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองภายใน 1 สัปดาห์ พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คะแนนความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกอาการ ($p=.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรุนแรงของอาการก่อนและหลังได้รับการจัดการอาการโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการก่อนการดูแลตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ($n=95$)

คะแนนความรุนแรงของอาการ	n	ก่อนการดูแล X ± SD	หลังการดูแล X ± SD	สถิติ Z	p-value
ความไม่สบายกายและใจ	76	7.04 ± 1.85	4.01 ± 2.33	-6.486	.000
อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	74	6.72 ± 1.83	4.09 ± 2.41	-6.384	.000
อาการปวด	73	6.41 ± 1.92	2.68 ± 2.07	-6.941	.000
อาการเบื่ออาหาร	59	6.83 ± 2.04	4.00 ± 3.05	-5.566	.000
ความวิตกกังวล	55	6.93 ± 2.11	3.60 ± 2.46	-5.644	.000
อาการเหนื่อยหอบ	54	6.63 ± 1.86	4.15 ± 2.56	-5.206	.000
อาการง่วงซึม	47	6.21 ± 1.83	3.98 ± 2.82	-4.305	.000
ความซึมเศร้า	36	6.22 ± 2.03	2.44 ± 2.61	-4.623	.000
อาการคลื่นไส้	30	6.17 ± 1.91	1.90 ± 2.35	-4.491	.000

Z= Wilcoxon Signed Ranks test

ผลการศึกษาระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมดูแลแบบประคับประคอง

1. การประเมินผู้ป่วยโดยทีมดูแลแบบประคับประคอง พบว่าอาการที่มีคะแนนความรุนแรงตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเป็นอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ไม่สบายกายและใจ ร้อยละ 80.00 เหนื่อยอ่อนเพลีย ร้อยละ 77.89 ปวด ร้อยละ 76.84 เบื่ออาหาร ร้อยละ 62.11 วิตกกังวล ร้อยละ 57.59 เหนื่อยหอบ ร้อยละ 56.84 ง่วงซึม ร้อยละ 49.47 ซึมเศร้า ร้อยละ 37.89 และคลื่นไส้ ร้อยละ 31.58 ตามลำดับ ประเด็นปัญหาด้านอื่นที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบตัวตนเองอยู่ในระยะสุดท้าย ร้อยละ 27.37 รู้สึกเป็นห่วงกังวลกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 18.95 คิดถึงบ้านต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 15.79 กลัวว่าตนเองเป็นภาระ ร้อยละ 12.63 ปัญหาการเงิน ร้อยละ 8.42 สามารถวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนการปรึกษา ได้แก่ ภาวะสมองสับสน ร้อยละ 20 โรควิตกกังวล ร้อยละ 9.47 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.42 และภาวะการปรับตัวผิดปกติ ร้อยละ 4.21

2. การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษา ข้อมูล ความรู้ การสนับสนุนด้านจิตใจ และช่วยเหลือในการวางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวทุกราย พบว่าผู้ป่วยยังไม่มีวางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้าถึง ร้อยละ 45.26 มีผู้ป่วยที่ได้ตัดสินใจวางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้าด้วยตนเองเพียง ร้อยละ 30.53 และญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ร้อยละ 24.21 มีการประชุมวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการตัดสินใจวางแผนการดูแลหรือการวางแผนเป้าหมายในการดูแลที่มีความเห็นไม่ตรงกัน ร้อยละ 15.79

การจัดการอาการด้วยวิธีการใช้ยา แพทย์ประจำทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้พิจารณา

ใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่ม Strong Opioids ร้อยละ 69.47 ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 67.37 ยาคลายกังวลหรือยานอนหลับ ร้อยละ 66.32 ยาระงับอาการทางจิต ร้อยละ 42.10 และยาต้านอาการซึมเศร้า ร้อยละ 35.79 รวมถึงมีการใช้ยาช่วยให้หลับในวาระสุดท้ายทางหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือเหนื่อยหอบที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ร้อยละ 23.16

การจัดการอาการด้วยวิธีการไม่ใช้ยา โดยใช้วิธีการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ ร้อยละ 57.89 การจัดทำ ร้อยละ 51.58 การฝึกหายใจ ร้อยละ 18.95 การใช้พัดลมความเย็นในผู้ป่วยเหนื่อยหอบ ร้อยละ 10.53 และการฟังธรรมะทำสมาธิ ร้อยละ 10.53

3. การประเมินติดตามหลังการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยแบบประเมิน ESAS ภายใน 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินติดตามหลังการดูแลในวันที่ 7, 6, 5, 4 และ 3 จำนวน 54, 5, 17, 16 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.85, 5.26, 17.89, 16.84 และ 3.16 ตามลำดับ นอกจากนี้มีการติดตามผู้ป่วยหลังการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 6 เดือน ร้อยละ 77.9

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการดูแลโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยวัดจากคะแนนความรุนแรงของอาการทั้ง 9 อาการจากแบบประเมิน ESAS ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ พบว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการทั้ง 9 อาการลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ในทุกอาการ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน มีแนวปฏิบัติใน

การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับเป็นการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ ที่ใช้แนวปฏิบัติสากล และมีการใช้แบบประเมิน ESAS ติดตามผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และพบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการหลังการดูแลแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกอาการ^{11,12}

เมื่อพิจารณาคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยหลังการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการที่คะแนนความรุนแรงเฉลี่ยหลังการดูแลต่ำกว่า 4 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ ปวด ชีพเร็ว วิดกกังวล และง่วงซึม เมื่อทบทวนข้อมูลการดูแลจัดการอาการเหล่านี้ พบว่า

อาการคลื่นไส้ และอาการปวด เป็นอาการที่สามารถจัดการได้ดีด้วยวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ถึงร้อยละ 67.37 ซึ่งเป็นไปตามหลักในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ ที่เน้นวิธีการใช้ยาเป็นหลัก ส่วนวิธีการไม่ใช้ยาเป็นวิธีเสริมเท่านั้น¹⁵ และมีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่ม strong opioid สูงถึงร้อยละ 69.49 ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการเข้าถึงยา และประสิทธิภาพในการจัดการอาการปวดที่มีการใช้ยาเป็นหลักตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ควบคุมอาการปวดด้วยการใช้ยา โดยเน้นการเลือกชนิดยา ปริมาณยา และการบริหารยาตามเวลาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของอาการปวด¹⁶

ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล เป็นอาการทางด้านจิตใจที่สามารถจัดการได้ด้วยการผสมวิธีการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า ยาคลายกังวล ยาระงับอาการทางจิต ร่วมกับการดูแลด้วยวิธีการไม่ใช้ยา^{15,17} ถึงแม้ว่าตามกลไกการออกฤทธิ์ของยามีระยะเวลาเห็นผล 1-2 สัปดาห์ และระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น

จากผลด้านอื่นของยา จึงช่วยลดความรุนแรงของความซึมเศร้าและวิตกกังวลลงได้¹⁸ และการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับครอบครัว กลัวเป็นภาระ และค่าใช้จ่าย

อาการง่วงซึม พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีอาการง่วงซึมจากปัญหาการนอนไม่หลับ จากอาการอื่น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวด เหนื่อยหอบ รวมถึงอาการทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนได้เต็มที่ ส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึมในเวลากลางวัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาสาเหตุ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอนหลับ จึงส่งผลให้อาการง่วงซึมนลดลง อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วย บางส่วนมีคะแนนหลังการดูแลสูงขึ้น เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่ม Opioid ในการจัดการอาการอื่นด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต

2. กลุ่มอาการที่มีคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยหลังการดูแลไม่ต่ำกว่า 4 คะแนน ยังคงอยู่ในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหา ได้แก่ ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ

อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร และอาการเหนื่อยหอบ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต¹⁹ ซึ่งการดูแลจัดการในผู้ป่วยในระยะนี้จะเน้นความสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงมีการใช้ยาช่วยให้หลับในวาระสุดท้ายทางหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ร้อยละ 23.16 อย่างไรก็ตาม พบว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความไม่สบายกายและใจ เป็นผลลัพธ์ของการดูแลโดยรวม คือผลรวมของความไม่สบายกายทั้งทางกายทางใจ²⁰ จึงต้องจัดการอาการอื่นที่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยให้แล้วเสร็จก่อน ความไม่สบายกายและใจจึงจะลดลงตามมา

ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในขั้นตอนการประเมิน พบประเด็นปัญหาอื่นที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบการพยากรณ์โรคซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจวางแผนการดูแล พบมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 ที่สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง การที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแต่ยังคงได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความหวังของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยการประชุมวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว และทีมแพทย์เจ้าของไข้รวมถึงปัญหาการเงิน ได้รับการดูแลจากนักสังคมสงเคราะห์ การตรวจวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน โดยเฉพาะกลุ่มโรคทางด้านจิตใจ อธิบายได้จากขั้นตอนการประเมินความรุนแรงของอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นเสมือนการคัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคทางด้านจิตใจ และมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลรักษาเพิ่มเติม สอดคล้องกับงานวิจัยที่สามารถวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมที่ไม่ได้มีการบันทึกไว้ก่อนการส่งต่อเช่นเดียวกัน⁹ ในขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง เน้นการดูแลจัดการอาการที่ก่อให้เกิดปัญหา มีการประชุมวางแผน และประสานการดูแลร่วมกัน ซึ่งทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลหอประจำผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง และการประเมินติดตาม ช่วยลดความรุนแรงของอาการต่างๆ ในผู้ป่วยได้ จึงควรสนับสนุนให้ทีมสุขภาพ ตระหนักถึง

ความสำคัญของการบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาโดยใช้การเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อให้สามารถวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลจุฬารณณ์ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Van Lancker A, Velghe A, Van Hecke A, Verbrugghe M, Van Den Noortgate N, Grypdonck M, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(1): 90-104.
2. Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patients. *J Support Oncol* 2010; 8(1): 4-12.
3. Wright EP, Kiely MA, Lynch P, Cull A, Selby PJ. Social problems in oncology. *Br J Cancer* 2002; 87(10): 1099-104.
4. Mellace J. The financial burden of cancer care. *Soc Work Today* 2010; 10(2): 14.
5. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. 2017. [cited August 31]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
6. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guideline in Oncology (NCCN Guideline) palliative care version 1 [Internet]. 2014. [cited 2015 July 10]. Avail-

- able from: <http://williams.medicine.wisc.edu/palliative.pdf>
7. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen J, Udom-subpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42(6): 954-60.
 8. Bausewein C, Daveson B, Benalia H, Simon ST, Higginson IJ. Outcome measurement in palliative care: the essentials. *PRISMA*; 2011.
 9. Braith F, El Osta B, Palmer JL, Reddy SK, Bruera E. Characteristics, findings, and outcomes of palliative care Inpatient consultations at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med* 2007; 10(4): 948-55.
 10. de Santiago A, Portela MA, Ramos L, Larumbe A, Urdirroz J, Martinez M, et al. A new palliative care consultation team at the oncology department of a university hospital: an assessment of initial efficiency and effectiveness. *Support Care Cancer* 2012; 20(9): 2199-203.
 11. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(4): 367-73.
 12. Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KL, Reyes-Gibby CC, Chacko R, Poulter V, et al. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41(1): 49-56.
 13. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: A systematic review. *JAMA* 2008; 299(14): 1698-709.
 14. El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol* 2011; 9(3): 87-94.
 15. Petpichetchian W, editors. Best nursing practice in cancer care. Songkhla: Chanmuang press; 2014. (in Thai)
 16. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. World Health Organ; 2002.
 17. Laurujisawat, P. Psychiatric Assessment and Management in Palliative Care. In: Lertsanguansinchai P, Nuchprayoon I, Chatrkaw P, Sittipunt C, editors, End of life care: improving care of dying. 8th ed. Bangkok: Aksorn sampan press; 2014. P. 78-90 (in Thai)
 18. Lotrakul M, Sukanich P, editors. Psychiatry Ramathibodi. 4th ed. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. (in Thai)
 19. Nimmarnit S. Last hours of living and symptom management. In: Siriraj Palliative Care Center, The second Sumalee Nimmarnit memorial lecture end of life care with Buddhism by Phra Paisal Visalo. Bangkok: Printozone co.,LTD; 2013. P. 51-81 (in Thai)
 20. Johnstone PA, Lee J, Zhou JM, Ma Z, Portman D, Jim H, et al. A modified Edmonton Symptom Assessment Scale for symptom clusters in radiation oncology patients. *Cancer Med* 2017; 6(9): 2034-41.