

ผลของการจัดการรายการณิในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อความปวด และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จรัสรัตน์ เก้าอัฐ พย.บ.* บุษบา สมใจวงศ์ ปร.ค. (การพยาบาล)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายการณิในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อความปวดและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด จำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ แมน-วิทนีย์ ยู และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบอินดีเพนเดนท์ ที

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดโดยรวมลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยรวมลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น จึงควรนำการจัดการรายการณิในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการรายการณิ ความปวด ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

วันที่รับบทความ 27 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 6 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 10 กันยายน 2564

*Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: bussom@kku.ac.th

The effects of case management in palliative care program on pain and palliative care outcomes among patients with advanced cancer

Jureerut Taumrung BN.S.* Busaba Somjaivong Ph.D. (Nursing)**

Abstract

This randomized controlled trial aimed to study the effects of case management in palliative care program on pain and palliative care outcomes among patients with advanced cancer. Sample were 46 patients with advanced cancer experiencing pain. The participants were divided into experimental group and control group, 23 people for each group. The instrument for conducting experiment was the palliative care program with case management model among patients with advanced cancer. Content validity index of the program was 0.98. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. The differences of pain scores between the experimental group and the control group were analyzed using Mann-Whitney U test. Comparison of the palliative care outcome scores between the experimental group and control group were analyzed using independent t – test.

The results showed that 1) after the experiment, overall pain scores in experimental group were non-statistically significantly lower than the control group ($p > 0.05$). However, the mean differences of pain scores between before and after the experiment of the experimental group were statistically significantly higher than the control group ($p < 0.05$). 2) After the experiment, overall palliative care outcome scores in experimental group were non-statistically significantly lower than the control group ($p > 0.05$), however, the mean difference of palliative care outcomes between before and after the experiment of the experimental group were statistically significantly higher than the control group ($p < 0.05$). Therefore, the case management in palliative care program should be applied in providing care for patients with advanced cancer experiencing pain.

keywords: palliative care; case management; pain; palliative care outcome; patients with advanced cancer

Received 27 July 2021 Revised 6 September 2021 Accepted 10 September 2021

*Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: bussom@kku.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและของประเทศไทย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของประชากรทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านราย¹ สำหรับประเทศไทยพบว่า จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 โรคมะเร็งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของประเทศ²

ความปวดเป็นอาการหนึ่งที่พบมากและบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม³ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามจะพบความปวดได้ร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 จะมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก⁴ นอกจากนี้ความปวดยังพบได้ในมะเร็งเกือบทุกชนิด รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว⁵⁻⁶

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว ด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม⁷ การจัดการความทุกข์ทรมานจากความปวด ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายของชีวิต

โรงพยาบาลสกลนคร ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด โดยในปี 2559-2561 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะท้ายได้รับการจัดการความปวดด้วยยากกลุ่ม opioid เพียงร้อยละ 70.6, 50, และ 66.5 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของการดูแลแบบประคับประคอง คือผู้ป่วยที่มีความปวดจะต้องเข้าถึงยา opioid มากกว่าร้อยละ 80⁸

จากการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในปัญหาด้านการดูแลความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ความปวดเป็นอาการทุกข์ทรมานที่พบมากเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดมีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวดที่ผ่านมาไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การประเมินความปวดยังเป็นการประเมินมิติเดียวและขาดการประเมินปัจจัย ผลกระทบที่มีต่อความปวด ส่งผลให้การประเมินความปวดไม่ครอบคลุม นอกจากนี้มีการสื่อสารและวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพน้อย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลด้านร่างกายได้แผนการรักษาของแพทย์มากกว่าการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

การจัดการรายกรณี (case management) เป็นกลยุทธ์หนึ่งของบริการสุขภาพที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนเป็นรายกรณี⁹ จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยแบบประคับประคองมีรูปแบบในการดูแลโดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีและประสานงานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพ¹⁰ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹¹ สามารถลดภาวะทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ^{12,13,14} การจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด เป็นกระบวนการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแล เพื่อการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายกรณีโดยมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญความชำนาญการทางคลินิกและปฏิบัติงานด้านการดูแลด้านการดูแลแบบประคับประคองและผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้นำการดูแลด้านการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้นำการดูแล ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ ประสานงานการดูแล

ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินปัญหาและสถานการณ์ กำหนดเป้าหมายการดูแล การวางแผน การช่วยเหลือ สนับสนุน การส่งต่อ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลรักษา อย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูลความรู้ ได้รับการพัฒนา ทักษะความสามารถในการดูแลตนเองและการตัดสินใจ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล^{10,15}

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการ รายกรณี มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการ ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มี ความปวด เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความ ปวดของผู้ป่วย และช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลแบบ ประคับประคอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการ รายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การ ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีในโปรแกรม การดูแลแบบประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับการ จัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับ ประคอง มีคะแนนความปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามมาตรฐาน

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับการ จัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับ ประคอง มีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับ ประคองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผล ของการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความ ปวด ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง⁶ มาใช้ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มี ความปวด ซึ่งประกอบด้วย การประเมินเกี่ยวกับ ความปวด การจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ ใช้ยา การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การ ประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และการ พิจารณาสีทธิ์ผู้ป่วย ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (case management model) ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์¹⁰ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 1. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด (clinical pathway) 2. กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองตามรูปแบบการจัดการรายกรณี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหา และเลือกผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามที่มีความปวด 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตามปัญหาที่ประเมินได้ 4) ดำเนินการตามแผนและความสำคัญของปัญหา และ 5) ประเมินผลและติดตามความแปรปรวน 3. ประเมินผลลัพธ์การดูแล คือ คะแนนความปวด และวัดคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับ ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเชื่อว่าภายหลังได้รับการจัดการ รายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยจะได้รับการบรรเทาความปวดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกถึงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมีความ พึงพอใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (a randomized controlled trial) วัดผลก่อนและหลัง ประชากรในการศึกษา

ครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีความปวด 3) ทราบผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามรักษาไม่หาย 4) มีระดับความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (Palliative Performance Scale: PPS) ที่ 40 % ขึ้นไป 5) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย รู้สึกตัวดี การรับรู้มองเห็นและได้ยินปกติ สามารถสื่อสารได้ (Thai mental state exam: TMSE) ได้คะแนน ≥ 23 คะแนนขึ้นไป และ 6) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตและใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช (จากการวินิจฉัยของแพทย์) เกณฑ์การเอากลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างรุนแรง เช่น ปวดมากจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ หายใจเหนื่อยหอบมาก กระสับกระส่าย สัญญาณชีพผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป เข้าสู่ระยะวิกฤต ขณะเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2) ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน 3) ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 วัน เนื่องจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้จำหน่ายหรือผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปอยู่ที่บ้านหรือขอย้ายไปอยู่สถานบริการสุขภาพอื่นๆ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองค่า ที่ตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน (independent group) สำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (one tailed) โดยการวัดก่อนและหลังการทดลอง¹⁶ โดยกำหนดให้ค่าความแปรปรวนร่วมของสองกลุ่ม คำนวณได้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน ของ ภิญญา อุทยา และคณะ¹⁷ = 44.3 และผลต่างที่คาด

ว่าจะเกิดขึ้นหรือยอมรับได้ทางคลินิก = 76.4 ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญ = 0.05 ค่า $Z_{\alpha} = 1.645$ ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน 5% ฉะนั้น $1 - \beta = 95\%$ ค่า $Z_{\beta} = 1.96$ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญและเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของตัวอย่าง ระหว่างทำการทดลอง (dropout)¹⁸ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้น 30% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 23 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ แบบคัดกรองสภาพสมองสำหรับบุคคลทั่วไป ฉบับภาษาไทย (Thai mental state exam: TMSE) ของ นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะในปี พ.ศ. 2536 ใช้ในการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมในประชาชนทั่วไป¹⁹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative care performance scale for suandok: PPS)²⁰ โดยมีระดับคะแนนความสามารถตั้งแต่ 0-100 แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-30 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย คะแนน 40-70 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน คะแนน 80-100 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีอาการคงที่

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองและประเมินประสบการณ์ความปวด โดยใช้อักษรย่อ “OPQRSTUV” ของ Cancer care Ontario โดย ฤชดา โมเหล็กและคณะ²¹ ได้นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย O=Onset หมายถึงเวลาที่เริ่มปวด

P=Provoking หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น/ลดลง Q=Quality หมายถึง ลักษณะความปวด R=Region หมายถึง ตำแหน่งที่ปวด S=Severity หมายถึง ผลกระทบจากความปวดรบกวนต่อชีวิตประจำวัน T=Treatment หมายถึง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน U=Understanding หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความปวด V=Value หมายถึง ความคาดหวังต่อการจัดการความปวด ความรู้สึกและทัศนคติต่อความปวด

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale : NRS) ของ Johnson ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร และระบุตัวเลข 0-10 กำกับไว้

ชุดที่ 5 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วย (palliative outcome scale – patient: POS-P) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ²² ผลลัพธ์ในการดูแล ประกอบด้วย อาการรบกวนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว คะแนนโดยรวมจะอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนน POS-P=40 แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ อย่างมากมาย ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ ถ้าคะแนน POS-P เท่ากับ 0 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีอาการรบกวนต่างๆ ได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การจัดการรายการณโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁷ ร่วมกับการพยาบาลรายการณของ พิกุล นันทชัยพันธ์¹⁰ ประกอบด้วย

1) แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด (clinical pathway) ของโรงพยาบาลสกลนคร 2) กระบวนการจัดการรายการณตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ได้แก่ การค้นหาและเลือกผู้ป่วย การประเมินและวินิจฉัยปัญหา วางแผนการดูแล ดำเนินการตามแผน และการประเมินผลการดูแล 3) คู่มือการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care: TOOLKIT) จัดทำโดยศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวดสำหรับผู้วิจัย ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับความปวด ปัจจัยสาเหตุ การรักษาความปวดในรูปแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา 4) แผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 และ 7 เพื่อฝึกทักษะการผ่อนคลาย และ 5) แบบบันทึกความแปรปรวนระหว่างการทำทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณในกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของการจัดการรายการณในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98 ตรวจสอบคุณภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด (clinical pathway) ของโรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้เกณฑ์ของ appraisal of guideline for research & evaluation II หรือ AGREE II ปี ค.ศ. 2009²³ ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำนวน 3 ท่าน ผลจากการประเมินภาพรวมพบว่า คะแนนคุณภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวดเท่ากับร้อยละ 94.4 และแนวทางการดูแลนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2) ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน PPS, NRS, และ POS-P ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (inter rater reliability) เท่ากับ 1.0, 0.9 และ 0.9 ตามลำดับ

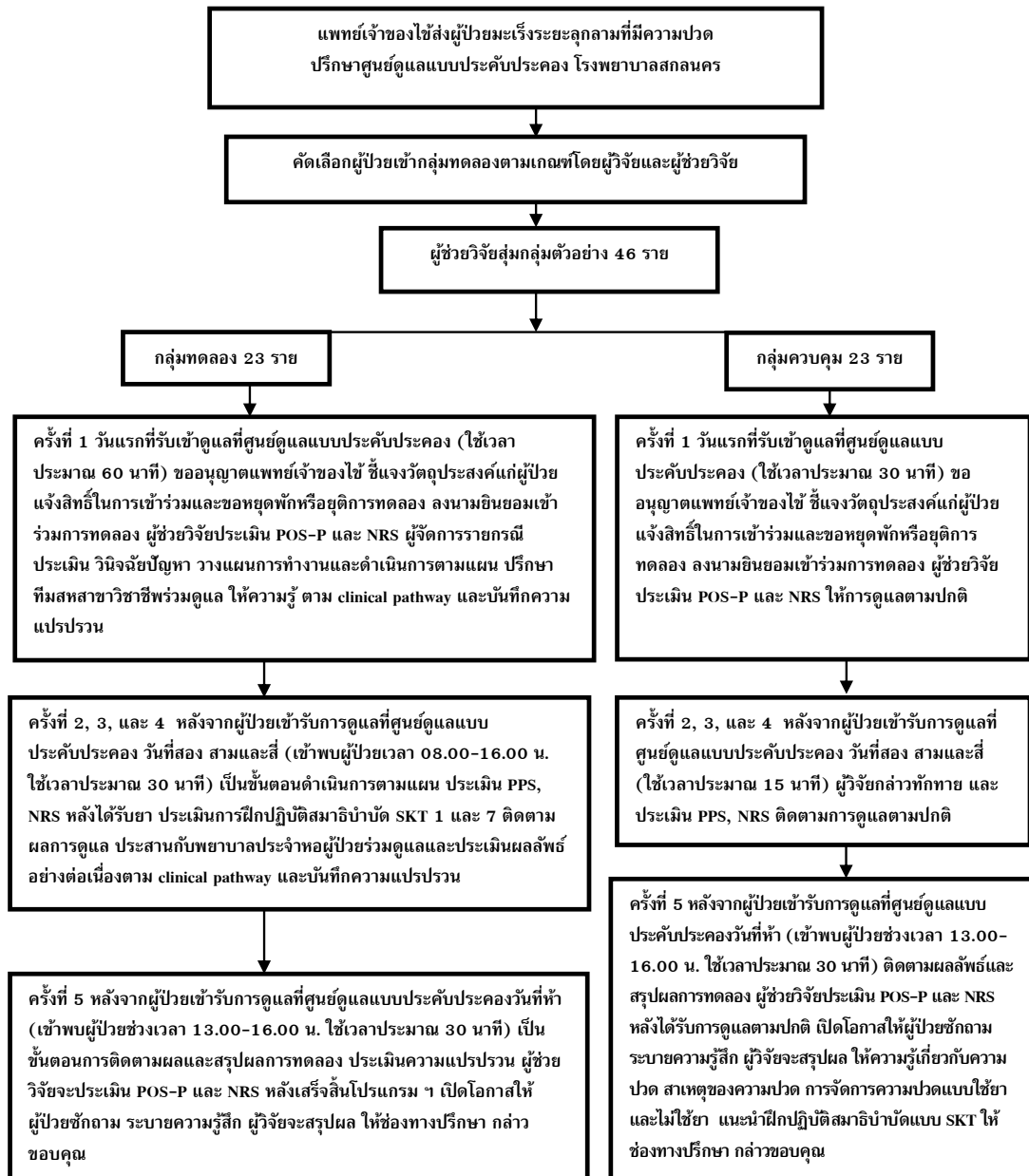
ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622183 รับรอง ณ วันที่ 14 กันยายน 2562 และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนครแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษาตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ และมอบหมายให้บุคลากรที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งผู้วิจัยทำฉลากไว้ล่วงหน้ากลุ่มทดลอง 23 ฉลาก และกลุ่มควบคุม 23 ฉลาก รวมฉลากทั้ง 46 ฉลากไว้ด้วยกัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการฉลากในกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัย 1 คน ทำหน้าที่ประเมินความปวดและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมตามมาตรฐาน ระยะเวลาในการทดลอง 5 วัน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึง

เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังภาพที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา สำหรับวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ shapiro-wilk test สถิติอ้างอิงใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และฟิชเชอร์ (fisher's exact test) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนี ยู (mann-whitney u test) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบ วิลคอกซัน (wilcoxon match pairs sign rank test) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบอินดีเพนเดนท ที่ (independent t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบ แพร์ ที่ (paired t-test)



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 54.13 (SD=8.86) (range= 40-69 ปี) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 56.52 ปี (SD=13.90), (range =18-80 ปีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

และมะเร็งตับ มีประวัติการรักษาด้วยการผ่าตัด กลุ่มทดลองเคยใช้การนวดในการบำบัดความปวด คิดเป็นร้อยละ 4.30 ใช้วิธีนั่งสมาธิ ดูทีวี การนอน การสวดมนต์ร่วมกับการฟังธรรมะ ฟังธรรมะและฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 4.30 ส่วนกลุ่มควบคุมเคยบำบัดด้วยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังธรรมะ คิดเป็นร้อยละ

8.70 และการบำบัดด้วยการนอน คิดเป็นร้อยละ 4.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี PPS อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (40–60 คะแนน) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี PPS อยู่ในระยะในคงที่ (70–100 คะแนน) การทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม ด้านอายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของโรคกระดูกเรื้อรัง ประวัติการรักษาที่ได้รับ โรคร่วม และระดับคะแนน PPS พบว่าไม่แตกต่างกัน มีเพียงด้านรายได้ และระดับคะแนนความปวดก่อนการทดลองที่แตกต่างกัน

ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความปวดก่อนการทดลอง เฉลี่ยเท่ากับ 8 คะแนน (IQR=3, range=3–10) มีความปวดระดับมากคิดเป็นร้อยละ 65.20 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.40 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 4.30 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับคะแนนความปวดก่อนการทดลองเฉลี่ยเท่ากับ 7 คะแนน (IQR=3, range=3–10) มีระดับความปวดปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.50 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 34.80 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 8.70 ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความปวดก่อนการทดลอง

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า

1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่มีความปวดภายหลังได้รับการจัดการรายการในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง มีคะแนนความปวดโดยรวมลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 1

2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่มีความปวดภายหลังได้รับการจัดการรายการในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง มีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยรวมลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความปวด	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		Z	P-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนการทดลอง	27.41	630.50	19.59	450.50	-2.013	0.044*
หลังการทดลอง	22.15	509.50	24.85	571.50	-.719	0.472
ผลต่างก่อนและ หลังการทดลอง	28.46	654.50	18.54	426.50	-2.559	0.010**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคอง	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	P-value (2-tailed)
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	23.09	5.13	20.87	4.62	1.542	0.130
หลังการทดลอง	10.91	5.81	13.30	5.61	-1.419	0.163
ผลต่างก่อนและ หลังการทดลอง	12.18	5.44	7.57	3.87	3.310	0.002**

**p<0.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่มีความปวดภายหลังได้รับการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนความปวดโดยรวมไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเนื่องจากคะแนนความปวดก่อนการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ถึงแม้ว่าในการศึกษาค้างนี้จะใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าไปในแต่ละกลุ่มเพื่อให้คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน แต่ในกลุ่มทดลองพบการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูก คิดเป็นร้อยละ 21.7 ซึ่งในกลุ่มควบคุมพบเพียงร้อยละ 13.04 ซึ่งความปวดกระดูกจากมะเร็งพบมีลักษณะความปวดเฉพาะคือ มี breakthrough pain บ่อยมาก ทั้งแบบ spontaneous rest pain และ incident pain ที่มักคาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไหร่³ และยังพบอีกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.0 มีความปวดกระจายหรือร้าวไปตำแหน่งอื่น ๆ (refer pain) มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีร้อยละ 60.9 ซึ่งจำนวนความปวดกระจายหรือร้าวไปตำแหน่งอื่นที่มากขึ้น ผู้ป่วยจะรายงานว่ามีความปวดรุนแรงมากขึ้นและเกิดผลกระทบจากความปวดเพิ่มขึ้นตามไปด้วย²⁴ ดังนั้น จึงทำให้คะแนน

ความปวดในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสกลนคร มีระบบการดูแลที่ได้มาตรฐานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง (service plan palliative care) จึงช่วยลดความปวดในกลุ่มควบคุมได้ จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดโดยรวมหลังการทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้ค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปวด สรุปผลการประเมินความปวดให้ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมแพทย์ และพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบโดยการสื่อสารด้วยวาจา และสื่อสารด้วยการบันทึกในเอกสารประวัติการรักษาของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันโดยยึดผู้ป่วย

เป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยาควบคู่กับการใช้ยาเสมอ ประเมินผลลัพธ์หลังได้รับการจัดการความปวดทุกวันเป็นระยะเวลา 5 วัน บันทึกความแปรปรวนที่ส่งผลต่อการจัดการความปวดในแต่ละราย และสื่อสารกับทีมแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อแก้ไขและวางแผนการดูแลจนกว่าจะสามารถควบคุมความปวดได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีความปวด สามารถช่วยค้นหาปัญหาที่ยุงยากซับซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ครอบคลุม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีระดับความทุกข์ทรมานลดลง¹²

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง มีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง หลังการทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความปวดเป็นหนึ่งในข้อคำถามของแบบประเมิน POS ซึ่งคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองอาจส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม ฯ

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง จะเห็นได้ว่าผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเป็นการแสดงถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยรับรู้ ได้รับการดูแลแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ซึ่งการจัดการรายกรณีในโปรแกรมนี้ เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการค้นหาปัญหา การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล การให้การช่วยเหลือ การสนับสนุนต่าง ๆ ให้ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน โดยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านหรือเสียชีวิต โดยมีผู้จัดทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ที่เปรียบเสมือนตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวในการประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต่อรองให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสิทธิของผู้ป่วย⁸ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลที่ดี ได้รับการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งความไม่สุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองช่วยให้การรับรู้คุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมดีกว่าการพยาบาลแบบปกติ²⁵ ช่วยคงคุณภาพชีวิตและลดอาการไม่สุขสบายที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ^{17,26} และยังมีการศึกษาพบว่า พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีและเป็นผู้นำที่ดีในการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ²⁷

ดังนั้น การจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวดในการศึกษานี้ โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด เป็นผู้นำและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี รวมทั้งความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ได้รับการบรรเทาความปวดและผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองที่ดี

ข้อจำกัดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะใช้การสุ่ม (random assignment) ในการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ แต่ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถปกปิดข้อมูลการจัดกระทำ (blind) กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลระดับประคอง ควรนำการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งที่มีความปวด

ด้านการศึกษา ควรนำแนวคิดการจัดการรายกรณี มาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะการศึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคอง หลักสูตร 4 เดือน ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้เห็นผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีในโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองได้ชัดเจนขึ้น

References

1. World Health Organization. WHO: Cancer [Internet]. 2018 [updated 2021 Mar 3; cited 2021 Jul 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
2. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2019; 2019 [cited 2020 Aug 15]. Available from strategy and planning division website: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)
3. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents [Internet]. 2019; [cited 2021 Jul 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>.
4. Thai Association for the study of pain. Clinical practice guideline for cancer pain [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/family/knowledge/for-doctor/guideline/3543>. (in Thai)
5. Toni W. Pain and factors affecting pain in end-stage cancer patients. Thai J Anesthesiol. 2018; 44(1): 1-4. (in Thai)
6. Kelleher SA, Dorfman CS, Vilardaga JPC, Majestic C, Winger J, Gandhi V, et al. Optimizing delivery of a behavioral pain intervention in cancer patients using a sequential multiple assignment randomized trial SMART. Contemporary Clinical Trials 2017; 57: 51-7.
7. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 17]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
8. Palliative care center, Sakon Nakhon hospital, Palliative care statistics 2016-2018 [Unpublished]. Sakon Nakhon; 2018. (in Thai)

9. Case Management Society of America. CMSA: Standards of practice for case management [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 17]. Available from: <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>.
10. Strupp J, Dose C, Kuhn U, Galushko M, Duester-diek A, Ernstmann N, et al. Analysing the impact of a case management model on the specialised palliative care multi- professional team. *Supportive Care in Cancer* 2018; 26(2): 673–9.
11. Nantachaipan P. Case management in palliative care. *Nurse Journal* 2015; 42(1): 153–8. (in Thai)
12. Nilmanat K, Sae-chit K. Effects of a case-based management nursing programs for terminally ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. *JTNMC* 2018; 33(3): 51–66. (in Thai)
13. Joo JY, Liu MF. Effectiveness of nurse-led case management in cancer care : Systematic review. *Clin Nurs Res* 2018; 28(4): 105477381877328.
14. Ozelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients with cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2014; 31(6): 655–64.
15. Plas AGM, Deliens L, Watering M, Jansen WJJ, Vissers KC, Onwuteaka-Philipsen BD. Palliative care case management in primary care settings: A nationwide survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(11): 1504–12.
16. Jirawatkul A. Biostatistics. 4th ed. Khon Kaen: Klungnanavithaya Press; 2007. (in Thai)
17. Utthiya P, Amnatsatsue K, Kedmongkol P, Chansriwong P. Effects of case management program for older adults with end stage cancer in the community. *J Public Health* 2018; 48(3): 371–84. (in Thai)
18. Jirawatkul A. Statistics for health science research. 4th ed. Bangkok: Withayapat; 2009. (in Thai)
19. Department of Medical Services. Neurological institute of Thailand. clinical practice guidelines: Dementia. Bangkok: Tanapress; 2014. (in Thai)
20. Chewaskulyong B, Sapinun L. Palliative performance scale for adult suandok. In: Chewaskulyong B, Aomwangprasert A, Jiraniramai Smaneeeton B, Leerapan T, Mahaprom C, et al. editors. *Palliative care*. 2nd ed. Chiang Mai: Klang Wiang; 2009. p. 35–46. (in Thai)
21. Molek R, Binhosen V, Pakdevong N. Symptom intensity in persons with advanced cancer receiving palliative nursing care protocol and caregivers' satisfaction. *J Nurs Health Care* 2015; 33(2): 102– 9. (in Thai)
22. Sapinan L. Manual for palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher; 2013. (in Thai)
23. Ministry of Public Health. Department of medical services. institute of medical research and technology assessment. appraisal of guideline for research & evaluation II: AGREE II [Internet]. 2013 [cited 2019 April 2]. Available from: <https://www.bit.ly/2VkUDwE>.
24. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkhla: Chanmuang Press; 2011. (in Thai)

25. Sotiluk U, Wisesrith W. Effects of case management combined with palliative care model in patients with metastatic cancer on length of stay and quality of nursing care. JRTAN 2017; 18(18): 68-75. (in Thai)
26. Tomas RE, Wilson DM, Birch S, Woytowich B. Examining end-of-life case management: Systematic review 2014: 1-14. doi: 10.1155/2014/651681. PubMed PMID: 24999433.
27. Joo JY, Liu MF. Effectiveness of nurse-led case management in cancer care: Systematic review. Clin Nurs Res 2018; 28(4): 1-24.