

บทความวิจัย (Research Article)

การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของ
ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่อัมภวรรณ ใจเปี้ย^{1*}, ปณิตดา สุวรรณ¹, ถวัลย์รัตน์ รัตนสิริ² และ อิศริย์ ปัญญาวรรณ¹

A comparative study of palliative care service outcomes for cancer and non-cancer patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Ampawan Jaipear^{1*}, Panadda Suwan², Thawalrat Ratanasiri³ and Issaree Panyawan⁴¹ Department of Nursing, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, School of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200² Department of Family Medicine, School of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200

* Correspondence author : ajaipear@gmail.com

Health Science, Science and Technology Reviews. 2024;17(2):48-59.

Received: 13 June 2024; Revised: 2 August 2024; Accepted: 20 August 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) ของหน่วยผู้จัดการ วิทยากรด้าน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPs A Suandok) อยู่ในระดับ 10% - 30% กลุ่มละ 62 ราย โดยข้อมูลที่ใช้ศึกษาได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลอาการความไม่สบายของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System : ESAS ฉบับภาษาไทย การได้รับการ ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ การทำพินัยกรรมชีวิต และการตายดี ผลการวิจัย พบว่า คะแนนอาการความไม่สบายทุกอาการของทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากได้รับการดูแลจากทีม ประคับประคอง มีคะแนนลดลงกว่าครั้งที่ 1 ส่วนผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า การทำพินัยกรรมชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนการได้รับการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ และการตายดี ไม่แตกต่างกัน ควรนำผลการวิจัย ในด้านการทำ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ การทำพินัยกรรมชีวิต และการจัดการ อาการไม่สบายต่างๆ เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการ บรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน โดยไม่คำนึงถึงประเภทของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึง บริการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทั่วถึง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยประคับประคอง, ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็ง, ผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็ง

¹ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200² ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

Abstract

The objective of this study was to compare the outcomes of palliative care services for cancer and non-cancer patients. Methods : This research is a retrospective analytical study. Participants included individuals aged 20 years and above, with a Palliative Performance Scale; PPS - Adult Suandok score from 10% to 30%, with 62 individuals in each group. Data were collected from 1st October 2021 to 31st August 2022 by the palliative care case manager unit, Nursing department at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The collected data included outcomes such as general information, Edmonton Symptom Assessment System : ESAS, advance care planning, family meetings with healthcare providers, living will completion, and good death. The results found that after participated the program, both groups were decreased symptom scores lower than before with statistical significant. Regarding palliative care outcomes, a statistically significant difference ($p < .05$) was observed in living will completion between the two groups. However, no significant differences were found in advance care planning, family meetings with the palliative care team, or good death. Conclusion : Palliative care adopts a holistic approach to alleviate all aspects of patient suffering. The research findings could inform the development of palliative care services in Thailand, emphasizing comprehensive access to palliative care for patients and families, irrespective of the underlying condition, to alleviate suffering effectively.

Keywords : Palliative care patients, Palliative care service outcomes, Cancer patients, Non-cancer patients

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ การดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงการบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลในการรักษาและมีแนวโน้มว่า อาการจะทรุดลงเรื่อยๆ จนถึงระยะสุดท้าย ต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียและการดูแลครอบครัว เพื่อบรรเทาอาการความเจ็บปวด ไม่สบายทางกาย ทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย [1] การดูแลแบบประคับประคองมีความซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความต้องการที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรุนแรงของโรค อาการที่เกิดขึ้น ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น ความซับซ้อนของการดูแลแบบประคับประคองสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลักได้แก่ ความซับซ้อนด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อาจมีอาการทางกายที่รุนแรงและซับซ้อน เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการหายใจลำบาก เป็นต้น ความซับซ้อนด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อาจเผชิญกับปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเศร้าโศก ความกลัว เป็นต้น และความซับซ้อนด้านสังคม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาจได้รับผลกระทบทางสังคมและครอบครัว เช่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เป็นต้น [2]

ในปัจจุบัน การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยทุกประเภท คนส่วนใหญ่คิดว่า การดูแลแบบประคับประคองเหมาะกับผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น และอีกจำนวนไม่น้อยที่เห็นว่า เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ความจริง ทั้งผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคอื่นๆ ที่อาจคุกคามถึงชีวิต ก็ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปี ผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 56.8 ล้านคนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 25.7 ล้านคนแต่มีเพียงประมาณแค่ร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

จำแนกตามโรค ดังนี้ โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 38.5 โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ร้อยละ 5.7 และเบาหวานร้อยละ 4.6 และอาการอื่นๆ อีกมากมายอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคทางระบบประสาท ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติแต่กำเนิด และวัณโรคคือยา [3] ผู้ป่วยมะเร็งมักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจจากโรคมะเร็งและการรักษา การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ของโรคมะเร็ง เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเหนื่อยล้า และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อีกด้วย [4] ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งก็อาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจจากโรคเรื้อรังหรือรุนแรงเช่นกัน การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ลดการรักษาในโรงพยาบาล ลดการอยู่ในห้องฉุกเฉิน และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น [5] นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังสามารถช่วยผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับอาการทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และช่วยผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมตัวรับมือกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตได้เช่นกัน [6]

ประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งและโรคที่ไม่ใช่มะเร็งตามรายงานจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี พ.ศ. 2564 [7] อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ซึ่งเพิ่มความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองอีกด้วย แต่การดูแลแบบประคับประคองยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างทั่วถึง โรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาแบบประคับประคอง มีการฝึกอบรมซึ่งใช้เวลาเพียง 1-3 วันเท่านั้น อาจไม่เพียงพอสำหรับการฝึกอบรมแบบองค์รวมในด้านการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งหน่วยดูแลแบบประคับประคองหรือหอผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีจำนวนจำกัด [8] ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งอาจไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากกว่าที่ควร ในส่วนของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง คือ ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (Serious illness) 3) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life) โดยใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสวนดอก (Suandok palliative care mode) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ทีมประคับประคอง พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบ่งตามระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (PPS Suandok) 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือผู้ที่มี PPS 70% - 100% ระยะเปลี่ยนผ่านคือผู้ที่มี PPS 40% - 60% และผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต คือผู้ที่มี PPS 10% - 30% การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มี PPS 40% - 100% ยังคงมีการรักษาตัวโรคอยู่ ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้ แต่ผู้ป่วยที่มี PPS 10% - 30% เป็นผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคไปค่อนข้างมาก ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้ภายใน 6 - 12 เดือน

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีจำนวนผู้ป่วยส่งปรึกษาเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการรบกวน และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง จำนวน 70 - 110 รายต่อเดือน ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษามาที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มระยะสุดท้ายของชีวิตที่มี PPS 10%-30% คิดเป็นร้อยละ 85 จากจำนวนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษามาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเรื่อง การจัดการอาการรบกวน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) การประชุมครอบครัว (Family meeting) สถานที่เสียชีวิต และการรับรู้การตายสงบของญาติผู้ดูแล แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้จัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยส่งปรึกษามาที่ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มโดยประเมินอาการไม่

สุขสบายต่าง ๆ การรับรู้เรื่องโรคและการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน เนื่องจากการดำเนินของโรคในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งมีการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มว่ามีผลลัพธ์เป็นอย่างไร จากผลการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกัน จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มและการดูแลในอนาคต นอกจากนี้ ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) จากการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (โปรแกรม KPI CMN) ของหน่วยผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-consult) มาที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (CPCC) และได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ จากการทบทวนการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยในโปรแกรม KPI CMN ที่เก็บโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (case manager palliative care) จำนวน 3 คน โดยการบันทึกลงในโปรแกรม KPI CMN หลังผู้ป่วยจำหน่ายหรือเสียชีวิต ภายใน 2 สัปดาห์ ของหน่วยผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ทุกอายุ ใน 1 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 และกลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษา มาที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPs A Suandok) อยู่ในระดับ 10% - 30%

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้สำหรับการศึกษานี้ คำนวณโดยใช้สูตร test for difference in two independent proportions ที่มีระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และอำนาจการทดสอบ (power) ที่ร้อยละ 80 จากค่าสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษา ซึ่งมีค่าสัดส่วนเป็น 0.63 ต่อ 0.37 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่จะให้ผลการทดสอบที่มีความเชื่อมั่นระดับ 95% และอำนาจการทดสอบ (power) 80% คือกลุ่มละ 62 คน ทำวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการการจับฉลากโดยการเขียนลำดับที่ของผู้ป่วยทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งมาทำฉลากตามกลุ่ม หยิบแบบไม่ใส่คืน และหยิบครั้งเดียวให้ครบตามจำนวนที่ต้องการ

สถานที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้จะดำเนินการ ณ สำนักงานผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการวิจัยเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 411/2566 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 และเริ่มดำเนินการหลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติ/เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และหากมีการเปลี่ยนแปลงโครงร่างการวิจัย ผู้วิจัยจะยื่นขอรับการพิจารณาเพื่ออนุมัติ/เห็นชอบสำหรับการแก้ไขโครงร่างการวิจัยก่อนที่จะดำเนินการทุกครั้ง ชุดข้อมูลที่ถูกนำออกจากโปรแกรมจะถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน ที่ต่ออาศัยรหัสผ่านในการเปิดคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาชุดข้อมูลไว้เป็นเวลา 10 ปี และจะทำลายทิ้งโดยการลบไฟล์ออกจากคอมพิวเตอร์ที่ใช้จัดเก็บ หากจะมีการจัดส่งชุดข้อมูลไปยังหน่วยงานหรือบุคคลอื่นภายนอกคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยจะต้องมีการจัดทำเอกสารข้อตกลงการใช้และแบ่งปันข้อมูล (Data use and sharing agreement) ระหว่างหน่วยงานหรือบุคคลผู้รับข้อมูลกับคณะแพทยศาสตร์ และชุดข้อมูลที่จัดส่งให้ผู้รับข้อมูลจะต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูลและข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยโปรแกรม KPI CMN ของหน่วยจัดการรายกรณีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค สิทธิการรักษา และหน่วยงานที่ส่งปรึกษา
2. ข้อมูลอาการความไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System : ESAS ฉบับภาษาไทย [9] ในโปรแกรม KPI CMN เป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ โดยเก็บข้อมูลวันแรกที่เข้าไปประเมินผู้ป่วย และในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (มีการเก็บข้อมูลครบทั้ง 2 ครั้งในฐานข้อมูล) ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0 - 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.683 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.622
3. ข้อมูลผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง จากการบันทึกโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ การได้รับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ การทำพินัยกรรมชีวิต (Living wills) และการตายดี จากการโทรศัพท์สอบถามญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเสียชีวิต 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง นำมาประมวลผลข้อมูลทางสถิติโดยใช้ โปรแกรม IBM SPSS Statistics 26 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลของผู้ป่วย ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range, IQR) ตามการกระจายตัวของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค สิทธิการรักษา หน่วยงานที่ส่งปรึกษา การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง การได้รับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ การทำพินัยกรรมชีวิต (Living wills) และการตายดี ทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.61 อายุมัธยฐาน 68.15 ปี (IQR= 55.48 - 74.55) สิทธิการรักษาสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 26 รายคิดเป็นร้อยละ 41.94 หน่วยงานที่ส่งปรึกษาส่วนใหญ่มาจากแผนกอายุรศาสตร์จำนวน 42 รายคิดเป็นร้อยละ 67.74 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 34 รายคิดเป็นร้อยละ 54.84 อายุมัธยฐาน 77.50 ปี (IQR=62.98-87.63) สิทธิการรักษาข้าราชการ จำนวน 30 รายคิดเป็นร้อยละ 48.39 หน่วยงานที่ส่งปรึกษาส่วนใหญ่มาจากแผนกอายุรศาสตร์ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.13 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งที่มีความแตกต่างกัน คือ อายุ และหน่วยงานที่ส่งปรึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (n=62)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (n=62)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.47 ^a
ชาย	32	51.61	28	45.16	
หญิง	30	48.39	34	54.84	
อายุ (ปี)	Mdn=68.15, IQR= 55.48-74.55		Mdn=77.50, IQR=62.98-87.63		<.001 ^a
น้อยกว่า 60 ปี	19	30.65	13	20.97	
60 - 70 ปี	20	32.26	7	11.29	
71 – 80 ปี	14	22.58	12	19.35	
มากกว่า 80 ปี	9	14.52	30	48.39	
สิทธิการรักษา					.32 ^b
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	26	41.94	22	35.48	
ประกันสังคม	10	16.13	6	9.68	

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (n=62)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (n=62)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการ	25	40.32	30	48.39	
เงินสด	1	1.61	4	6.45	
หน่วยงานที่ส่งปรึกษา					.01 ^b
อายุรศาสตร์	42	67.74	41	66.13	
ศัลยศาสตร์	4	6.45	15	24.19	
พิเศษเฉพาะทาง	8	12.90	2	3.23	
พิเศษทั่วไป	2	3.23	2	3.23	
ผู้ป่วยทั่วไป	2	3.23	2	3.23	
ออร์โธปิดิกส์	3	4.84	-	-	
สูตินรีเวชศาสตร์	1	1.61	-	-	

^a = Chi-square test, ^b = Fisher's exact test

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการความไม่สบายระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ครั้งที่ 1 (วันแรกที่เข้าไปประเมินผู้ป่วย) และครั้งที่ 2 (วันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) พบว่า คะแนนอาการความไม่สบายทุกอาการของทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีคะแนนลดลงกว่าครั้งที่ 1 อาการความไม่สบายที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการที่พบรองลงมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการเหนื่อยหอบและอาการร่วงซึมตามลำดับ ส่วนอาการที่พบรองลงมาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง คือ อาการร่วงซึมและอาการเหนื่อยหอบตามลำดับ

เมื่อจำแนกความแตกต่างของอาการไม่สบายตามครั้งการประเมินพบว่า อาการปวด และอาการวิตกกังวลมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งทั้งครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ส่วนอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการร่วงซึม และอาการเบื่ออาหาร มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งในครั้งที่ 1 แต่อาการซึมเศร้า ความไม่สบายกายใจ และอาการเหนื่อยหอบไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ในระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการความไม่สบายระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง

อาการ	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (n=62)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (n=62)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ปวด					
ครั้งที่ 1	1.69	2.77	0.40	1.42	<.001
ครั้งที่ 2	1.06	2.16	0	0	<.001
เหนื่อย/อ่อนเพลีย					
ครั้งที่ 1	8.55	1.84	9.27	1.27	<.001
ครั้งที่ 2	3.39	3.82	2.42	3.95	.08

อาการ	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (n=62)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (n=62)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
คลื่นไส้					
ครั้งที่ 1	0.19	1.08	0	0	.04
ครั้งที่ 2	0.08	0.64	0	0	.32
ซีมีเต้ร่า					
ครั้งที่ 1	0.16	1.09	0.08	0.64	.55
ครั้งที่ 2	0.13	0.74	0	0	.16
วิตกกังวล					
ครั้งที่ 1	1.72	2.82	0.87	2.12	<.001
ครั้งที่ 2	0.66	1.70	0	0	.002
ง่วงซีมี					
ครั้งที่ 1	5.94	4.01	7.48	3.15	<.001
ครั้งที่ 2	2.08	3.55	2.02	3.73	.60
เบื่ออาหาร					
ครั้งที่ 1	0.40	1.49	0	0	.002
ครั้งที่ 2	0.11	0.63	0	0	.16
ความไม่สบายกายใจ					
ครั้งที่ 1	4.65	4.19	4.87	4.43	.47
ครั้งที่ 2	0.95	2.22	1.21	3.06	.82
เหนื่อยหอบ					
ครั้งที่ 1	6.82	3.32	7.37	3.03	.07
ครั้งที่ 2	2.32	3.23	1.55	2.96	.10

*นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลลัพธ์ของการจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่าการได้รับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ และการตายดี มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การทำพินัยกรรมชีวิตที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ($Z = -2.501, p = 0.01$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีแนวโน้มที่จะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (n=124)

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (n=62)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (n=62)		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of ranks	Mean Rank	Sum of ranks		
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	63.50	3937.00	61.50	3813.00	-1.420	0.16
การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ	66.50	4123.00	58.50	3627.00	-1.512	0.13
การทำพินัยกรรมชีวิต	59.50	3689.00	65.50	4061.00	-2.501	0.01*
การตายดี	65.50	4061.00	59.50	3689.00	-1.148	0.25

*นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผล

ผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไม่แตกต่างกัน ในการศึกษาวิจัย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจะพบในทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่พบในผู้ชาย ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีแนวโน้มจะพบในเพศหญิงและอายุมากขึ้น อายุมัธยฐานที่พบในผู้ป่วยมะเร็งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (Mdn=68.15, IQR= 55.48-74.55 และ Mdn=77.50, IQR=62.98-87.63 ตามลำดับ) และหน่วยงานที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการความไม่สบายทุกอาการของทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีคะแนนครั้งที่ 2 ลดลงกว่าครั้งที่ 1 อาการความไม่สบายที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ความไม่สบายกาย/ไม่สบายใจ และอาการร่วงซึม การได้รับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ และการตายดี ไม่มีความแตกต่างกัน แต่การทำพินัยกรรมชีวิตมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจะพบในทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่พบในผู้ชาย ร้อยละ 51.61 ซึ่งสถิติการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยส่วนใหญ่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง [11] สอดคล้องกับงานของวอลเลท และ เอปทั้น [12] ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศฮ่องกง พบว่าผู้ป่วยเพศชายเข้ารับการรักษามากกว่าเพศหญิง และโรคที่ไม่ใช่มะเร็งพบในคนอายุมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.39 เนื่องมาจากผู้สูงอายุวัยนี้ มีการถดถอยและเสื่อมของร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆได้มากขึ้น สำหรับอาการไม่สบายที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ความไม่สบายกาย/ไม่สบายใจและอาการร่วงซึม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหรือไม่เป็นมะเร็ง [13] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของโคโตญีและเดลูกา พบว่าอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่ อาการความไม่สบาย ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ [14] ต่างจากการศึกษาในประเทศอิตาลีที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมักมีอาการปวดหายใจลำบากและมีอาการเหนื่อยล้า [15] คะแนนเฉลี่ยอาการความไม่สบายระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง จากการประเมินโดยใช้ ESAS พบว่า คะแนนอาการความไม่สบายทุกอาการของทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนครั้งที่ 2 ลดลงกว่าครั้งที่ 1 เป็นผลมาจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน จากการดูแลแบบประคับประคอง จะเน้นการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของฤชดา โมเหล็ก [16] ศึกษาถึงความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหลังการ

ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการไม่สุขสบายจากการประเมินโดยใช้ ESAS ครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Schoenherr, et al [17] ศึกษาแนวโน้มการดูแลแบบประคับประคอง เฉพาะทางในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ของทีมดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ออกจาก โรงพยาบาลขณะที่ยังมีชีวิต ส่งผลให้อาการปวด, ความวิตกกังวล, อาการคลื่นไส้และ หายใจลำบากดีขึ้น ส่วนผลลัพธ์ ในเรื่องการได้รับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการประชุมครอบครัวร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ และการตายดี มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ramsbottom and Kelley [18] พบว่าวิธีการ ดูแลแบบประคับประคอง ที่มุ่งเน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าครอบคลุมทุกมิติโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ ความรู้และ สนับสนุนครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ แต่ผลการทำพินัยกรรมชีวิต ของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการทำพินัยกรรม ชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นระยะลุกลามผ่านการเจ็บป่วยและรักษามาระยะ หนึ่งแล้ว มีการยอมรับและมีการปรับตัวต่อการอยู่กับโรค ไม่ต้องการทุกข์ทรมานต่อไป อีกทั้งได้รับการรักษาแบบ ประคับประคองร่วมด้วย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามมีการทำพินัยกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ Kim และคณะ [19] ที่พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิต ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิจัยที่เกิดขึ้น คือ ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่แตกต่างกันอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ดังเช่น แนวทางการดูแลแบบ ประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แนวทางการดูแลนี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่มี ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิตตามหลักการและแนวคิดพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคองของ องค์การอนามัยโลก [3] อีกทั้งรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ใช้เป็นรูปแบบ การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทในการ วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยพิจารณาถึงความต้องการและบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก ทีมบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้รับการพัฒนาและฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่าง สม่าเสมอ ทีมบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมี ประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการบริการแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยมุ่งเน้น การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน โดยไม่คำนึงถึงประเภทของโรค
2. ควรสื่อสารผลการวิจัยสู่สาธารณะ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบถึงประโยชน์ของการดูแลแบบ ประคับประคอง เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำวิจัยเพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่ขึ้น และพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของ การจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคอง
2. การทำวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มกลุ่มควบคุมเพื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา เช่น ลักษณะของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น
3. การวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความประสงค์ในการมีชีวิตอยู่ ความต้องการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล เป็นต้น อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคอง
4. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องการการทำพินัยกรรมชีวิตในแต่ละกลุ่มที่สามารถตัดสินใจเองได้ เพื่อเป็น การวางแผนการดูแลในอนาคต

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนกลุ่มละ 62 คน ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย ดังนั้นผลการศึกษานี้ยังไม่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในประชากรผู้ป่วยทั้งหมด และความน่าเชื่อถือของข้อมูลมีความน่าเชื่อถือได้ เนื่องจากถึงแม้ว่าเป็นการเก็บจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 3 คน แต่ใช้มาตรฐานการเก็บข้อมูลเป็นแบบเดียวกัน และข้อมูลที่เก็บไว้ค่อนข้างครบถ้วนจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านการดูแลแบบประคับประคองทุกท่าน ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2020;38(9):852–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.18.02123>.
- [2] Tanzi S, Peruselli C, Moroni M. Palliative care is a complex care. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2023;spcare-2023-004553. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/spcare-2023-004553>.
- [3] World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- [4] Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol* [Internet]. 2020;38(9):905–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.19.00470>.
- [5] Milazzo S, Hansen E, Carozza D, Case AA. How effective is palliative care in improving patient outcomes? *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2020;21(2):12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11864-020-0702-x>.
- [6] Xu S, Wang X, Wang R. The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2022;11(8):2586–99. Available from: <http://dx.doi.org/10.21037/apm-22-162>.
- [7] National Economic and Social Development Council (NESDC). Social Indicator Data [Internet]. 2021. Available from: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=PageSocial>. (in Thai)
- [8] Chaiviboontham S, Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand [Internet]. *Int J Palliat Nurs*. 2021;27(3):132-46. Available from: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.3.132>. (in Thai)
- [9] Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai) [Internet]. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(6):954-60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020>.
- [10] The International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory [Internet]. *larc.Fr*. [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>.

- [11] National cancer institute.(2017).Annual Report 2017. Department of Medical Sciences Ministry of Public Health.[Internet]. Available from:https://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan/2560.pdf.
- [12] Wallace C.H. CHAN and I. Epstein, (2012) Researching “good death” in a Hong Kong palliative care program: A clinical data-mining study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 64(3), 203–222.
- [13] NIH National Institute on Aging (NIA) (2022).Providing Care and Comfort at the End of Life. [Internet] Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/end-life/providing-care-and-comfort-end-life>.
- [14] Cotogni P, De Luca A. Caring for patients in need of palliative care: Is this a mission for acute care hospitals? Key questions for healthcare professionals. *Healthcare* [Internet]. 2022;10(3):486. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare100304861>.
- [15] Romanò M, Oldani S, Reina V, Sofia M, Castiglioni C. Palliative care for patients with end-stage, non-oncologic diseases-A retrospective study in three public palliative care departments in northern Italy. *Healthcare*. 2022;10(6):1031. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061031>.
- [16] Ruechuta Molek. Symptom intensity in persons with advanced cancer receiving palliative nursing care protocol and caregivers' satisfaction. Thesis Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing. 2014.
- [17] Schoenherr LA, Bischoff KE, Marks AK, O’Riordan DL, Pantilat SZ. Trends in Hospital-Based Specialty Palliative Care in the United States. *JAMA Netw Open* 2019; 2(12): 43-54.
- [18] Ramsbottom, K., & Kelley, M. L. Developing strategies to improve advance care planning in long term care homes: Giving voice to residents and their family members. *International Journal of Palliative Care*, 2014: 1-8. doi: 10.1155/2014/3584572014.
- [19] Kim S, Koh S, Park K, Kim J. End-of-life care decisions using a Korean advance directive among cancer patient–caregiver dyads. *Palliative and Supportive Care* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2024 July 20];15(1):77-87. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=b881655f-4569-3119-b87a-38f306cd6a1a>.