



ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

Effects of End-of-Life Care Program on Illness Uncertainty and Distressing Symptoms in Patients with Lung Cancer

กิริติยา วงษ์กาฬสินธุ์¹, เยาวรัตน์ มัชฌิม^{1*}, เรือนขวัญ กันหสิงห์², ปิยะวรรณ ขนาน¹
Kiratiya Wongkalasin¹, Yaowarat Matchim^{1*}, Ruankwan Kanhasing², Piyawan Kanan¹

(Received: June 11, 2023; Revised: July 26, 2023; Accepted: August 4, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดซ้ำ 3 ครั้ง นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 18 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบฟรีดแมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอน, ความทุกข์ทรมานจากอาการ, การดูแลระยะท้าย, มะเร็งปอด

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹ Faculty of Nursing, Thammasat University

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² Faculty of Medicine, Thammasat University

*Corresponding Author: yaowarat.m@gmail.com



Abstract

A single group, quasi-experimental, repeated three times measurement aimed to study effects of an end-of-life care program on illness uncertainty and distressing symptoms in patients with lung cancer. Samples of this study were 18 patients who were admitted at Thammasat University hospital. Experimental instrument of this study was an end-of-life care program for patients with lung cancer. Data collection instruments comprised of illness uncertainty instrument and distressing symptoms instrument. The reliability yielded Cronbach's alpha coefficients of these two instruments were .80 and .72, respectively. Data was analyzed by using descriptive statistics, repeated measures analysis of variance, and the Friedman Test.

The study's findings revealed that the experimental group's average score on illness uncertainty was significantly lower after receiving the program than before receiving the program in both the immediate and follow-up periods ($p < .05$). Additionally, the experimental group's median score for distressing symptoms was considerably lower after receiving the program than before receiving the program in both the immediate and follow-up periods ($p < .05$).

The findings of this study suggest that end of life care program can reduce illness uncertainty and distressing symptoms in end-of-life patients with lung cancer.

Keywords: Uncertainty, Distressing symptoms, End of life care, Lung cancer

บทนำ

มะเร็งปอดเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2020 พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน คิดเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (International Agency for Research on Cancer, 2020) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย และมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมดหรือจำนวน 14,728 คน (Ministry of Public Health, 2022) อาการนำของโรคมะเร็งปอดเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดถึงร้อยละ 85 ถูกวินิจฉัยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) (National Cancer Institute, 2019) โดยผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี เพียงร้อยละ 29.4 และอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียงร้อยละ 2.2 - 5.0 เท่านั้น (Li, Pan, Ellinwood, & Cress, 2021)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ หมายถึง ระดับของความรู้สึกไม่สบายจากอาการเฉพาะที่ผู้ป่วยรับรู้ (McCorkle & Young, 1978) มะเร็งปอดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจโดยตรงจึงทำ



ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านอื่น ๆ มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ (Sleeman, Gomes, de Brito, Shamieh, & Harding, 2021) ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจะต้องประสบกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคและผลข้างเคียงจากการรักษามากถึงร้อยละ 93.0 ของผู้ป่วยประสบกับอาการทางกายอย่างน้อย 1 อาการ และอาการที่พบบ่อย ได้แก่ หายใจลำบาก (ร้อยละ 67.3) ไอ (ร้อยละ 46.7) เจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 40.2) ปวด (ร้อยละ 38.2) และผื่นร่วน (ร้อยละ 37.3) (Chen et al., 2022) ซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด (Hui et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (ร้อยละ 17.7) รวมทั้งอาการวิตกกังวล (ร้อยละ 7.5) และภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 14.1) (Tian, Jin, Chen, Tang, & Jiménez-Herrera, 2021; Chen et al., 2022) จะเห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Choi & Ryu, 2018; Tan, Molassiotis, Lloyd-Williams, & Yorke, 2018) ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการที่มากขึ้นเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคและผลลัพธ์ทางคลินิกที่แย่ลง และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจยังเกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Aubin et al., 2022) ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามซึ่งมีวิธีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว และระยะเวลาในการรอดชีวิตที่จำกัด การจัดการอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการลดความทุกข์ทรมานจึงถือเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย รวมถึงไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (Mishel, 1988) ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญกับประสบการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตลอดวิถีการดำเนินโรค โดยความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดจากความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามบางรายต้องเผชิญกับการเฝ้ารอผลการตรวจวินิจฉัย การระบุระยะโรค และแนวทางการรักษาที่เหมาะสม อีกทั้งอาการของโรคที่ไม่คุ้นเคย กังวลเกี่ยวกับอาการ อาการที่ยืดเยื้อหรือรุนแรงมากขึ้น (Morhaf Al et al., 2021) ประสบกับความล่าช้าและความซับซ้อนเกี่ยวกับกระบวนการรักษา (Hansen et al., 2020) การไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายสถานการณ์ของโรคและพยากรณ์โรคได้ เนื่องจากมะเร็งปอดมีวิธีการดำเนินโรคที่รวดเร็วกว่าโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ (Allemani et al., 2018) มะเร็งปอดเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ยากที่จะทำนายการรักษาที่สิ้นสุดและการตอบสนองของโรคต่อการรักษา (Temel, Petrillo, & Greer, 2022) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น การรับรู้ความทุกข์ที่เพิ่มขึ้น (Lee & Kim, 2018; Tarhani, Goudarzi, Hasanv, Ebrahimzadeh, & Rassouli, 2020; Verduzco-Aguirre et al., 2021) ก ร



ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว (Lee & Kim, 2018; Syamsir, Rondhianto, & Wijaya, 2023; Wang et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลและการจัดการอาการ 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนการประเมินตนเอง และ 4) การให้แหล่งสนับสนุน และได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด (Guan, Qan'ir, & Song, 2021) แต่ยังไม่พบโปรแกรมการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ซึ่งมีความต้องการด้านข้อมูลและการจัดการอาการที่แตกต่างกับโปรแกรมที่ผ่านมา อีกทั้งการนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งมีองค์ประกอบของการสนับสนุนด้านข้อมูลและการจัดการอาการ (องค์ประกอบที่ 1 และ 2) ส่งเสริมสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (องค์ประกอบที่ 4) และส่งเสริมแหล่งสนับสนุนจากบุคลากรและครอบครัว (องค์ประกอบที่ 3 และ 5) โดยจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า กิจกรรมทั้ง 5 องค์ประกอบสอดคล้องและครอบคลุมในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนและอาการของผู้ป่วย อีกทั้งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้สามารถยืดหยุ่นได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยคาดหวังว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการที่ลดลง จะเป็นผลลัพธ์ตั้งต้นที่ก่อให้เกิดความสงบในชีวิตของผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับจุดมุ่งเน้นของทฤษฎี คือ การทำให้มีชีวิตที่สงบและอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่สำหรับผู้ป่วยและบุคคลที่สำคัญ ไม่ได้มุ่งเพียงเฉพาะที่ช่วงเวลาใกล้ตายเพียงอย่างเดียว (Ruland & Moore, 1998)

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม

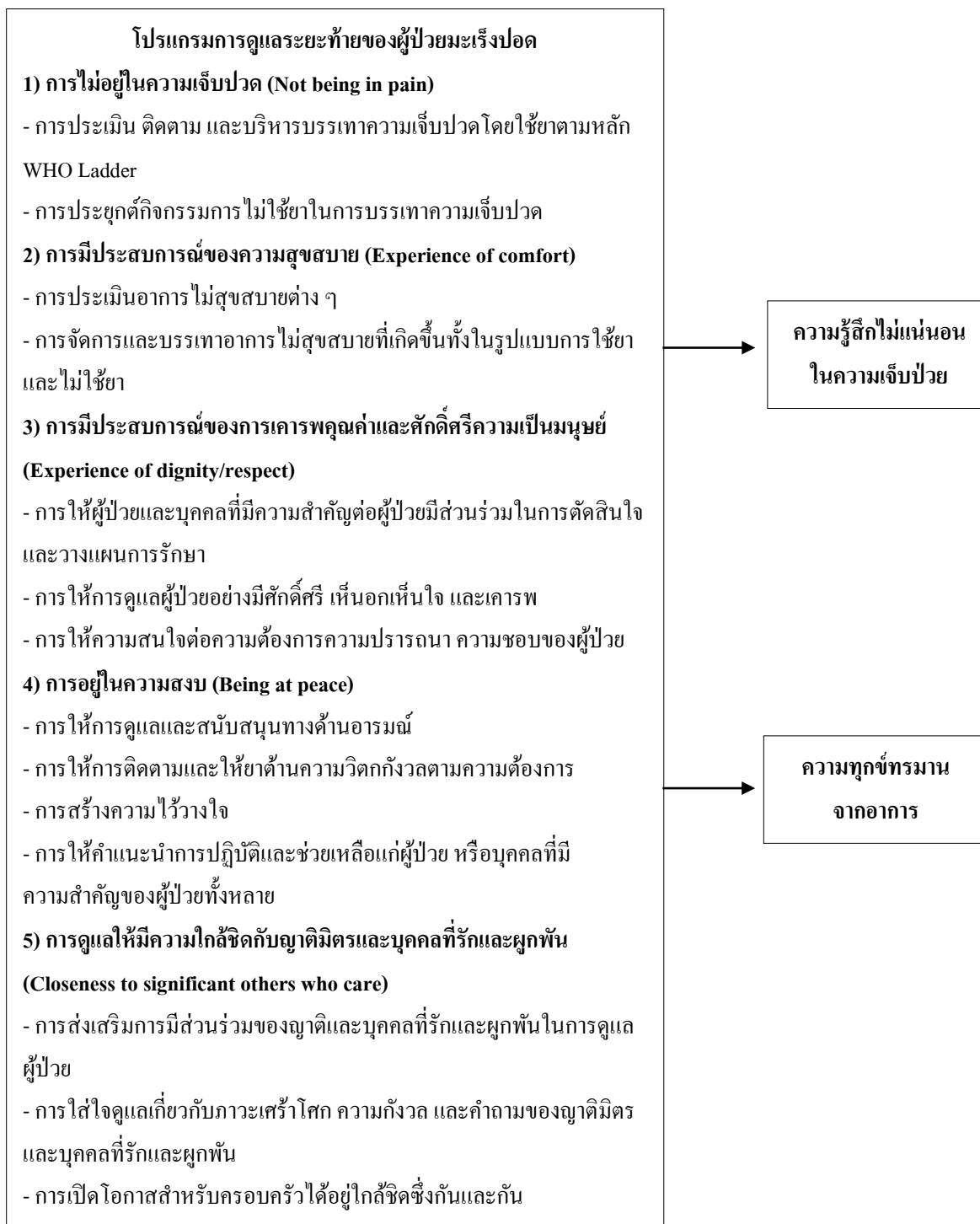
สมมติฐาน

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของ Ruland and Moore (1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะท้ายจะมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain) 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (Experience of comfort) 3) การมีประสบการณ์ของการเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Experience of dignity / respect) 4) การอยู่ในความสงบ (Being at peace) และ 5) การดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant others who care) จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาพัฒนาสู่รูปแบบโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย ซึ่งอาจจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในส่วนรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (อาการ) ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 1 และ 2 ส่วนของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และข้อมูล ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 3 และ 4 และส่วนของแหล่งสนับสนุน (บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว) ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 3 และ 4 อีกทั้งการลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 1 2 4 และ 5 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดซ้ำ 3 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ชนิดของการทดสอบทางสถิติ คือ F-test และสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ ANOVA: Repeated measures within factors กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใกล้เคียงกัน (Onanong, Matchim, Chatrkaw, & Armer, 2020) เท่ากับ 0.355 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) ที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย และผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2020) ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 18 ราย โดยในการศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลาม ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งปัจจุบัน โดยเป็นมะเร็งปอดชนิด NSCLC ที่อยู่ในระยะ 3B ขึ้นไป หรือมะเร็งปอดชนิด SCLC ที่อยู่ในระยะ Extensive stage
2. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
3. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale หรือ PPS) อยู่ในช่วง 40 – 60 %
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ และเข้าใจภาษาไทย
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (The Mini-Mental State Examination-Thai version หรือ MMSE-Thai 2002) โดย The Committee of the Mini-Mental State Examination-Thai version, 1999 (2002)
6. ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จากการประเมินโดยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับต้นภาษาไทย (Thai version of Confusion Assessment Method หรือ CAM-algorithm) โดย Wongpakaran et al. (2011)
7. มีญาติผู้ดูแล
8. เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก

เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)



เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่า 6 ครั้ง
2. มีอาการทรุดลง
3. กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล โรคประจำตัว ชนิดและระยะของโรคมะเร็งปอด ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด การรักษา และระดับ PPS

1.2 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับภาษาไทย (Mishel Uncertainty in Illness Scale หรือ MUIS) แปลจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel and Epstein (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย Pochanart, Wonghongkul, and Sukonthasarn (2013) มีข้อคำถาม 33 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจำนวน 13 ข้อ 2) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 7 ข้อ 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับจำนวน 7 ข้อ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ 1 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วน (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 33 - 165 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .80

1.3 แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตันฉบับภาษาไทย (Thai version of the Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS-Thai) เพื่อประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, and Udomsubpayakul (2011) อาการที่ประเมินประกอบด้วย 9 อาการ คือ อาการปวด อาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม / สะลึมสะลือ อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ อาการเหนื่อยหอบ อาการไอ และปัญหาอื่น ๆ ลักษณะการวัดแต่ละอาการวัดโดยมาตราวัดแบบประเมินค่าเป็นตัวเลข (numeric rating scale) จะแบ่งเป็นหมายเลข 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ระดับไม่รุนแรง และ 10 หมายถึง ระดับรุนแรงมากที่สุด และคะแนนที่เป็นไปได้ทั้งหมด คือ 0 - 100 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึง ความ



ทุกข์ทรมานจากอาการน้อย และคะแนนสูง หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการมาก โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .72

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบรวมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) แผนการสอนผู้ป่วยมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแล 3) คู่มือการจัดการอาการ และ 4) สมุดบันทึกความปวด ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00, .88, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และมีการทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ดำเนินการทำหนังสือเพื่อเข้าเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยคัดเลือกรุ่นตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยแสดงความสนใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมให้ข้อมูลรายละเอียดและชักชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงชื่อยินยอม ผู้วิจัยนัดเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทั้งหมด 7 ครั้ง ดำเนินการ 2 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติโดยสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการ จากนั้นสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจ (องค์ประกอบที่ 4) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติระบายพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วย การวางแผนในชีวิต (องค์ประกอบที่ 3) และนัดหมายในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยประเมินความปวด ติดตามการบรรเทาความปวดที่ได้รับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึกความปวด และประสานงานจัดการความปวดตามหลักการขององค์การอนามัยโลก 3 ขั้นตอนใด ร่วมกับประยุกต์ใช้กิจกรรมการบรรเทาความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา (องค์ประกอบที่ 1) การประเมินอาการไม่สุขสบายที่กลุ่มตัวอย่างประสบ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ป้องกัน จัดการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งวิธีการใช้ยาโดยการประสานงานทีมสหวิชาชีพและวิธีไม่ใช้ยาโดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก ไอ และวิตกกังวล ดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (องค์ประกอบที่ 2) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติได้ซักถาม พูดคุยเกี่ยวกับ



แนวทางการรักษา สอบถามถึงความต้องการและความปรารถนาของกลุ่มตัวอย่าง และประสานงานให้เกิดการจัดประชุมครอบครัว (องค์ประกอบที่ 3) เปิดโอกาสให้พูดคุยและจัดการความกังวล และให้คำแนะนำการปฏิบัติและช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ (องค์ประกอบที่ 4) ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างมีศักดิ์ศรีเห็นอกเห็นใจ และเคารพ (องค์ประกอบที่ 3) โดยส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล (องค์ประกอบที่ 5) และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 1) ประเมิน จัดการ และติดตามความปวดและอาการไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงประสบ (องค์ประกอบที่ 1 และ 2) ทบทวนเป้าหมายของชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือ (องค์ประกอบที่ 3) ให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลในครั้งที่ 2 (องค์ประกอบที่ 1-5) พุดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในระหว่างการเจ็บป่วย ร่วมกันพุดคุยในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ค้นหาความต้องการในการดูแลเพิ่มเติม และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 1) และครั้งที่ 5-6 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนถึงเป้าหมายการดูแล ติดตามผลการจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบาย (องค์ประกอบที่ 1 และ 2) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติม ค้นหาสิ่งที่ค้างคาใจและความปรารถนาสุดท้าย ช่วยหาแนวทางในการปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจและส่งเสริมการทำตามความปรารถนา (องค์ประกอบที่ 3 และ 4) และร่วมกันพุดคุยเกี่ยวกับการดูแลตามโปรแกรมที่ได้รับที่ผ่านมาและหาแนวทางในการดำเนินการร่วมกันให้บรรลุตามเป้าหมาย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและปัญหา และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7 (วันที่ 14 สัปดาห์ที่ 2) การติดตามให้การดูแลในครั้งก่อนสุดท้าย ร่วมกันทบทวนการดูแลตามโปรแกรมที่ได้รับที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างและญาติ (องค์ประกอบที่ 1 - 5) สรุปผลการดำเนินโปรแกรม ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการ รวมถึงแจ้งช่องทางการติดต่อแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเมื่อต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 4) ระยะติดตามผล ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติระบายความรู้สึก ปัญหาการดูแล และสอบถามข้อสงสัยในครั้งสุดท้าย ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการ และสื่อสารถึงความจำเป็นที่ต้องยุติโปรแกรมการดูแล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ 035 / 2565 และ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรและขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยตลอดการวิจัยได้คำนึงถึงหลักการเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมีฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) และมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน (compound symmetry) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม โดยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution) จึงพิจารณาใช้สถิติแบบนอนพารามตริก (nonparametric statistic) คือสถิติทดสอบฟริดแมน (Friedman Test) และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายจำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) โดยมีอายุเฉลี่ย 67.11 ปี (S.D. = 7.34) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.60) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 50.00) เกษียณอายุหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55.60) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 55.60) และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 55.60) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (NSCLC) (ร้อยละ 66.70) และอยู่ในระยะ IVB ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เป็นมะเร็งปอดมีมัธยฐาน 6.50 เดือน ส่วนมากอยู่ในช่วง 0-6 เดือน (ร้อยละ 50.00) โดยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามากที่สุด (ร้อยละ 57.10) ระดับ PPS ก่อนเข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 60 % (ร้อยละ 50.00) หลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับ PPS ในระดับ 50% (ร้อยละ 38.90) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับ 30 % มากที่สุด (ร้อยละ 33.3)

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายจนครบในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 18 ราย แต่ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย ไม่สามารถอยู่ครบได้ เนื่องจากเสียชีวิตหรือมีระดับ PPS ความสามารถทางร่างกายลดลง จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตามผลจำนวน 12 ราย มีอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 33.3) ผลการศึกษาพบว่า



โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีอิทธิพลต่อการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(2, 22) = 66.607, p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ($n = 12$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	10187.556	2	5093.778	66.607	.001**
ความคลาดเคลื่อน	1682.444	22	76.475		

F = Repeated measures ANOVA test, ** $p < .01$

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยลดลงจาก 87.22 เป็น 58.83 และ 52.75 ตามลำดับ และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เปรียบเทียบรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) โดยใช้สถิติ Bonferroni ($n = 12$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	Mean	S.D.	$\bar{d}$	S.E.	p-value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	87.22	15.69	31.67	3.52	.001***
	58.83	10.56			
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	87.22	15.69	38.67	4.43	.001***
	52.75	7.78			
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	58.83	10.56	7.00	2.50	.051
	52.75	7.78			

$\bar{d}$ = คะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย, *** $p < .001$



ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีอิทธิพลต่อการลดลงของค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2(2) = 10.340, p < .05$) ดังตารางที่ 3 โดยคะแนนมัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองลดลงจาก 20.50 เป็น 9.50 แต่ระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็น 11.00 และจากการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนความทุกข์ทรมานหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนความทุกข์ทรมานในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติทดสอบฟริดแมน (n = 12)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ	χ^2	df	p-value
	10.340	2	.006**

Friedman Test, χ^2 = Chi-Square, **p < .01

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เปรียบเทียบรายคู่ด้วยโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n = 12)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ	Median	IQR	Mean Rank	Z	p-value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	20.50	37	11.00	-3.25 ^b	.001***
	9.50	12			
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	20.50	37	4.00	-2.43 ^b	.015*
	11.00	7			
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	9.50	12	6.00	-0.27 ^b	.789
	11.00	7			

IQR = Interquartile range, Z = Wilcoxon Signed Rank Test, b = Based on positive rank, *p < .05, ***p < .001

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด ตามลำดับ ดังนี้



1. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในองค์ประกอบที่ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด และองค์ประกอบที่ 2) การมีประสบการณ์ของความสบาย ซึ่งอาจนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อาจเป็นไปได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ให้การจัดการอาการประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยประสบและอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ผ่านคู่มือการจัดการอาการและการพูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะก่อให้เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และลดความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และกิจกรรมภายใต้องค์ประกอบที่ 3) การมีประสบการณ์ของการเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรี การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแล และองค์ประกอบที่ 4) การอยู่ในความสงบ คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้คำแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย และญาติในสิ่งที่สงสัย จะเป็นการเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญทั้งในอดีต แนวทางการรักษาในปัจจุบันและอนาคต และรวมถึงวิธีการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ เข้าใจในกระบวนการรักษา และสามารถให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้ ลดความรู้สึกแปลกใหม่ ลดความซับซ้อนของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อน เกิดความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์และการรักษาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ในอนาคต นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของญาติในการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลระยะท้าย และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ นับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง การมีแหล่งสนับสนุนที่ดีจะช่วยเพิ่มความเข้าใจ และลดความคลุมเครือในความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ha, Thanasilp, and Thato (2019) ความรู้สึกไม่แน่นอนที่ลดลงจากโปรแกรมนี้นี้เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ สังคม และการจัดการอาการโดยวิธีไม่ใช้ยา แม้จะมีความแตกต่างในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง คือ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม กิจกรรมในโปรแกรมมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ที่ช่วยลดอาการซึ่งอยู่ในส่วนของรูปแบบของสิ่งกระตุ้น และเพิ่มแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลพบว่า การให้ข้อมูล คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ และการจัดการอาการ จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง (Tuominen, Stolt, Meretoja, & Leino-Kilpi, 2019)



แต่ในทางกลับกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างระยะติดตามผลและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นพลวัต (Mishel, 1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ตลอดเส้นทางของการเจ็บป่วย และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับ PPS อยู่ในช่วง 40 – 60 % เป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเพื่อหายจากโรคสู่การรักษาแบบประคับประคอง และในระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ PPS อยู่ในช่วง 0 – 50 % ที่บ่งบอกการดำเนินโรคที่ถดถอยและอาการที่ไม่คงที่ ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนยังปะทุขึ้นเป็นครั้งคราว เนื่องจากประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกระทันหัน ที่ไม่ได้อธิบาย หรือไม่ทราบสาเหตุ (Dauphin et al., 2019) อาการที่เพิ่มขึ้นคาดว่าจะ เป็นเหตุผลที่ทำให้ภายหลังการทดลองจนกระทั่งระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่ลดลงตามที่คาดหวัง ดังนั้น การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นด้านอาการ การเข้าถึงช่องทางการติดต่อสื่อสารและข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยตลอดช่วงของการเจ็บป่วยอาจช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ในองค์ประกอบที่ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด และ 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ที่ประกอบด้วยการประเมิน ติดตาม จัดการและบรรเทาอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้กิจกรรมในองค์ประกอบที่ 4) การอยู่ในความสงบ ที่ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ อาจช่วยลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และองค์ประกอบที่ 5) การดูแลให้ความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลอันเป็นที่รักและผูกพัน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมีผลต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้สามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังได้รับโปรแกรม (Anseekaew, 2018; Onanong, 2018) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนมัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน แม้คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการในภาพรวมจะลดลง แต่ในระยะติดตามผลกลับพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย ง่วงซึม / สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ และไอยังคงเดิมหรือเพิ่มมากขึ้น อาจเป็นเพราะการดำเนินโรคตามพยาธิสภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB และ



extensive stage ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6.5 เดือน จึงเป็นไปได้ว่าอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย ง่วงซึม / สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร เป็นอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา อาการเหนื่อยหอบและ ไอ เมื่อเทียบกับระดับ PPS ระยะติดตามผลในช่วงระดับ 0 – 50 % จะสอดคล้องกับการดำเนินโรค ที่แย่งที่ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบและไอเพิ่มมากขึ้น (Athey, Walters, & Rogers, 2018) ดังนั้น ความทุกข์ทรมานจากอาการในภาพรวมจึงไม่ลดลงตามที่คาดหวังในระยะติดตามผล เนื่องจากอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง การลดความทุกข์ทรมานจากอาการจึงควรมีการติดตามที่ถี่ขึ้นและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามที่ต้องการ

สรุป

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบและการทบทวนวรรณกรรม สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายควรมีการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระยะท้ายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ตลอดวิถีการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการวิจัยมากยิ่งขึ้น
2. ควรเพิ่มการวัดผลตัวแปรความสงบของชีวิตหรือคุณภาพการตาย เพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย
3. จากผลการศึกษานี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการในระยะติดตามไม่ลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการส่งต่อข้อมูลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง (References)

- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., ... Coleman, M. P. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 391(10125), 1023 - 1075.
- Anseekaew, P. (2018). *The Effects of an End-of-life Care Program on The Palliative Care Outcomes and Perceived Peaceful End of Life Among End-stage Cancer Patients*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Nursing Science Thammasat University. (in Thai).
- Athey, V.L., Walters, S.J., & Rogers, T.K. (2018). Symptoms at lung cancer diagnosis are associated with major differences in prognosis. *Thorax*. 73(12), 1177 - 1181.
- Aubin, M., Vézina, L., Verreault, R., Simard, S., Hudon, É., Desbiens, J.-F., Daneault, S. (2022). Distress experienced by lung cancer patients and their family caregivers in the first year of their cancer journey. *Palliative & Supportive Care*. 20(1), 15 - 21.
- Chen, Z., He, G., Zhao, Y., Han, C., Xu, L., Jian, H., . . . He, Y. (2022). Symptom burden and emotional distress in advanced lung cancer: the moderating effects of physicians' communication skills and patients' disease understanding. *Supportive Care in Cancer*. 30(11), 9497 - 9505.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A.J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *Journal of pain and symptom management*. 42(6), 954 – 960.
- Choi, S., & Ryu, E. (2018). Effects of symptom clusters and depression on the quality of life in patients with advanced lung cancer. *European Journal of Cancer Care*. 27(1), e12508.



- Dauphin, S., Van Wolputte, S., Jansen, L., De Burghgraeve, T., Buntinx, F., & van den Akker, M. (2019). Using Liminality and Subjunctivity to Better Understand How Patients With Cancer Experience Uncertainty Throughout Their Illness Trajectory. *Qualitative Health Research*, 30(3), 356 - 365.
- Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 29(8), 4623 - 4640.
- Hansen, M. I. T., Haugen, D. F., Sigurdardottir, K. R., Kvikstad, A., Mayland, C. R., Schaufel, M. A., (2020). Factors affecting quality of end-of-life hospital care - a qualitative analysis of free text comments from the i-CODE survey in Norway. *BioMed Central Palliative Care*, 19(1), 98.
- Ha, X.T., Thanasilp, S., & Thato, R. (2019). The effect of uncertainty management program on quality of life among Vietnamese women at 3 weeks postmastectomy. *Cancer Nursing*, 42(4), 261 - 270.
- Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T.C., Coyne, P.J., Currow, D.C., . . . Campbell, M.L. (2021). Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 39(12), 1389 - 1411.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Global cancer observatory—Globocan*. Retrieved March 11, 2023 from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>.
- Lee, J., & Kim, M. (2018). Relationships among uncertainty, distress, and quality of life in lung cancer patients: mediating effect of resilience. *Journal of muscle and joint health*, 25(2), 148 - 156.
- Li, T., Pan, K., Ellinwood, A.K., & Cress, R.D. (2021). Survival Trends of Metastatic Lung Cancer in California by Age at Diagnosis, Gender, Race/Ethnicity, and Histology, 1990-2014. *Clinical Lung Cancer*, 22(4), e602 - e611.
- McCorkle, R.U., & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer nursing*, 1(5), 373 - 378.
- Ministry of Public Health. (2022). *Public Health Statistics A.D. 2021*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225 - 232.



- Mishel, M.H., & Epstein, D. (1997). *Uncertainty in illness scales manual*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Morhaf, A.I., Monica, Z.S., Fiona, M.W., Richard, D.N., Bernardo, H. L., & Matthew, J.T. (2021). Experiences along the diagnostic pathway for patients with advanced lung cancer in the USA: a qualitative study. *BMJ Open*. 11(4), e045056. doi:10.1136/bmjopen-2020-045056
- National Cancer Institute. (2019). *Annual Report 2020*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Onanong, W. (2018). *The effects of a peaceful end-of-life care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Nursing Science Thammasat University. (in Thai).
- Onanong, W., Matchim, Y., Chatrkaw, P., & Armer, J.M. (2020). The effects of a peaceful end-of-life-care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy. *Science & Technology Asia*. 25(3), 131 - 140.
- Pochanart, A., Wonghongkul, T., & Sukonthasarn, A. (2013). Effect of Supportive - Educative Nursing System on Uncertainty in Illness among Newly Diagnosed Breast Cancer Patients. *Nursing Journal*. 40(3), 75 - 84.
- Ruland, C.M., & Moore, S.M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing outlook*. 46(4), 169-175.
- Sleeman, K.E., Gomes, B., de Brito, M., Shamieh, O., & Harding, R. (2021). The burden of serious health-related suffering among cancer decedents: Global projections study to 2060. *Palliative medicine*. 35(1), 231 - 235.
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect Size, Power Analysis, Optimal Sample Size Calculations Using G*Power Software*. Bangkok: Chulalongkorn University press. (in Thai).
- Syamsir, P.G., Rondhianto, R., & Wijaya, D. (2023). *Uncertainty in illness for patient with lung cancer: A literature review*. 5th International Agronursing Conference Faculty of Nursing, University of Jember, Indonesia. Retrieved July 23, 2023 from <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/prosiding/article/view/40223>.
- Tan, J.Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*. 27(1), e12691.



- Tarhani, M., Goudarzi, F., Hasanv, S., Ebrahimzadeh, F., & Rassouli, M. (2020). Uncertainty, anxiety, depression and the quality of life in patients with cancer. *Oncology and Radiotherapy*. 1(46), 20 - 27.
- Temel, J.S., Petrillo, L.A., & Greer, J.A. (2022). Patient-centered palliative care for patients with advanced lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 40(6), 626 - 634.
- The Committee of the Mini-Mental State Examination-Thai version, 1999. (2002). *the Mini-Mental State Examination-Thai version = MMSE-Thai 2002*. Bangkok: Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Tian, X., Jin, Y., Chen, H., Tang, L., & Jiménez-Herrera, M.F. (2021). Relationships among Social Support, Coping Style, Perceived Stress, and Psychological Distress in Chinese Lung Cancer Patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 8(2), 172 - 179.
- Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *Journal of clinical nursing*. 28(13 - 14), 2401 - 2419.
- Verduzco-Aguirre, H.C., Babu, D., Mohile, S.G., Bautista, J., Xu, H., Culakova, E., . . . Loh, K.P. (2021). Associations of Uncertainty With Psychological Health and Quality of Life in Older Adults With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 61(2), 369-376.
- Wang, T., Sun, J., Gu, D., Shen, S., Zhou, Y., & Wang, Z. (2023). Dyadic effects of social support, illness uncertainty on anxiety and depression among lung cancer patients and their caregivers: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. 31(7), 402.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Bookamana, P., Pinyopornpanish, M., Maneeton, B., Lerttrakarnnon, P., . . . Jiraniramai, S. (2011). Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. *BioMed Central family practice*. 12(1), 65.