

การประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หออภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง Outcomes evaluation of palliative care for end-stage cancer patients at Quality of Life Care Unit, a Specialty Cancer Hospital

ดลยา สุมิแดน* ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ** รัชณี นามจันทรา**
Donlaya Supeedean* Kanitha Hanprasitkam** Rachanee Namjuntra**

Received: 11 December 2023 / Revised: 23 March 2024 / Accepted: 25 May 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive research) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตและอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2565 จำนวน 56 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล คุณภาพชีวิต (FACT-G) และอาการรบกวนของผู้ป่วย (ESAS) ที่บันทึกในเวชระเบียนในวันแรกรับบริการ (T1) วันจำหน่าย (T2) หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ (T3) หลังจำหน่าย 1 เดือน (T4) และหลังจำหน่าย 3 เดือน (T5) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ One Way Repeated measures ANOVA, Friedman test และ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะ T2, T3, T4 และ T5 มากกว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนอาการรบกวนพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคะแนนอาการปวด อ่อนเพลีย วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และไม่สบายทั้งกายและใจ ในระยะ T2, T3, T4 และ T5 น้อยกว่าระยะ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่อาการคลื่นไส้ ซึมเศร้า และเหนื่อยหอบในแต่ละระยะของการประเมินไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*Graduate Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Rangsit University

**Asst. Prof. Dr., Faculty of Nursing, Rangsit University

Corresponding author: Kanitha Hanprasitkam, email: kanitha.h@rsu.ac.th

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า การดูแลแบบประคับประคองของหอภิบาลคุณภาพชีวิตช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รวมถึงลดอาการรบกวน โดยเฉพาะอาการปวดและความวิตกกังวล ดังนั้นควรพัฒนาในเรื่องของการจัดการอาการรบกวนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยคงคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย / การดูแลแบบประคับประคอง / ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง / คุณภาพชีวิต/อาการรบกวน

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to evaluate palliative care outcomes for end-stage cancer patients. Fifty-six medical records of end-stage cancer patients admitted at the Quality of Life Care Unit, a Specialty Cancer Hospital, from January to June 2022 were assessed. The FACT-G and ESAS were used to evaluate patients' quality of life and symptom burden, respectively. Data were followed at 5 times points; the admission date (T1), the discharge date (T2), 1 week (T3), 1 month (T4), and 3 months after discharge (T5). Data analysis involved descriptive statistics, repeated measures ANOVA, Friedman test, and Wilcoxon Signed Rank test.

The results revealed that end-stage cancer patients' quality of life at T2, T3, T4, and T5 were higher than at T1, with statistically significant ($p < .05$). Moreover, symptoms of burden including; pain, tiredness, anxiety, drowsiness, lack of appetite, and worst well-being at T2, T3, T4, and T5 were lower than at T1, with statistical significance ($p < .05$). However, nausea, depression, and dyspnea did not show significant differences ($p > .05$) at any time point of assessment.

The results from this study suggest that a Quality of Life Care Unit for end-stage cancer patients promotes patients' quality of life and decreases symptoms burden, especially pain and anxiety. Therefore, the Quality of Life Care Unit should develop a quality of care to manage symptoms burden for patients to maintain their quality of life at the hospital and at home.

Keywords: end-stage cancer patient/ palliative care / palliative care outcome/quality of life/ symptoms burden

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่ ปี ค.ศ.2020 จำนวน 19.3 ล้านคนและเสียชีวิต 10 ล้านคน ในปี 2040 คาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.70 (WHO, 2021) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่จำนวน 139,206 คนต่อปีและมีอัตราการเสียชีวิต 128.5 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งแต่ยังมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนหนึ่งที่มีการลุกลามของโรคเข้าสู่ระยะท้ายทั่วโลกประมาณ 40 ล้านคนที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2021) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลและมีแนวโน้มในการรักษาตัวที่ในโรงพยาบาลมากขึ้นจากอาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ ปวด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ท้องผูก และเบื่ออาหาร (นภาพร ทวีรทรงกุล และคณะ, 2558) และต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แนวคิดในการดูแลแบบประคับประคอง คือช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ และมีความต่อเนื่อง มุ่งเน้นการสนับสนุน การสื่อสารที่ดี การให้คำแนะนำช่วยเหลือและการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว (IAHPC, 2019) รวมถึงการให้ความรู้และฝึกทักษะของผู้ดูแล ติดตามช่วยเหลือเพื่อช่วยลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี (เกษมการณ์ อิก้าเหน็ด และคณะ, 2563)

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่บ่งบอกถึงคุณภาพการบริการ เช่น ด้านการจัดการกับอาการ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต หรือประสิทธิผล ประสิทธิภาพของการดูแลในคลินิกและในงานวิจัย ข้อมูลที่ได้มีความสำคัญในการปรับปรุงบริการและการเปรียบเทียบมาตรฐานการบริการกับสถานบริการอื่น (Bausewein et al., 2016) การประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในคลินิก ควรประเมินตั้งแต่เริ่มการดูแล และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองมีหลายมิติ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในมิติของคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของอาการ (McCorkle et al., 2015) ผลลัพธ์ด้านการดูแลระยะท้าย (Dionne-Odom et al., 2015) ในประเทศไทยการศึกษาส่วนใหญ่เป็น การประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (มณฑนา จิระกังวาน และศิริรัตน์ จันตรี, 2561; สุพัตรา คงปลอด และคณะ, 2565) การประเมินความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยระยะท้าย (นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ และคณะ, 2563; มณฑนา จิระกังวาน และศิริรัตน์ จันตรี, 2561; สุนิดา คชนชัย, และมัจฉรินทร์ อัสวพัฒน์, 2564) และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ และคณะ, 2563; มณฑนา จิระกังวาน และศิริรัตน์ จันตรี, 2561; สุนิดา เทียงแก้ว และประทีป สุชีลักษณ์, 2561) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาวัดผลลัพธ์ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีการวัดผลลัพธ์เพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้มีการติดตามการวัดผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ในเพียงบางช่วงเวลาเท่านั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน

โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ จัดบริการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี 2543 ในช่วงแรกการดูแลมุ่งเน้นการตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจและมีการพัฒนาเรื่อยมาจนในปี 2552 มีการจัดตั้งหออภิบาลคุณภาพชีวิต พัฒนาโปรแกรมการดูแล 14 วัน ซึ่งประกอบด้วย ช่วงแรกในวันที่ 1-3 เป็น

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค เป้าหมายในการรักษา ปัญหาและความต้องการทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วงที่ 2 ในวันที่ 4-11 เป็นการจัดการอาการรบกวน และเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ช่วงที่ 3 ในวันที่ 12-14 เป็นการประเมินความพร้อมในด้านทักษะ อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลในหออภิบาลคุณภาพชีวิตเป็นการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะที่อยู่โรงพยาบาล ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้การจัดสภาพแวดล้อมคล้ายบ้านมากที่สุด การดูแลติดตามต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน และอยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก โดยคาดหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โรงพยาบาลมีการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยและบันทึกลงเวชระเบียนเป็นระยะตั้งแต่วันแรกรับบริการ ขณะอยู่โรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน หลังจำหน่าย จนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G) และแบบประเมินอาการรบกวนผู้ป่วย (ESAS) แต่ยังไม่มีการรวบรวมผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของหออภิบาลคุณภาพชีวิต โดยรวบรวมข้อมูลที่บันทึกการดูแลในเวชระเบียน ในวันแรกรับบริการ วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ คุณภาพชีวิตและอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในวันแรกรับบริการ (T1) วันจำหน่าย (T2) หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ (T3) หลังจำหน่าย 1 เดือน (T4) และหลังจำหน่าย 3 เดือน (T5)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตวันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน สูงกว่าวันแรกรับบริการ
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีอาการรบกวนวันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน น้อยกว่าวันแรกรับบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ดังนี้

- 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
- 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
- 3) การดูแลเป็นทีมโดยสหสาขาวิชาชีพ
- 4) การมีความต่อเนื่องในการดูแล
- 5) การดูแลที่มุ่งเน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล
- 6) มีเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับบริการที่หออภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็งระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2565 จำนวน 56 ฉบับ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ คะแนนคุณภาพชีวิต (FACT-G) และคะแนนอาการรบกวน (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในเวชระเบียนครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (FACT-G) และข้อมูลอาการรบกวน (ESAS) ที่บันทึกในเวชระเบียน ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (FACT-G) และแบบประเมินอาการรบกวน (ESAS) เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน มีการนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งทางคลินิกและในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย และได้รับการทดสอบว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ ส่วนแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงในการนำไปใช้และความเห็นสอดคล้องกันจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต (DPE No. RSUERB2022-073) และคณะกรรมการจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี (MTH 2022-04)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลคุณภาพชีวิตและจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนด้วยตนเองในห้องปิดที่เป็นส่วนตัว ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการดูแล ได้แก่ ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (FACT-G) และอาการรบกวน (ESAS) โดยรวบรวมข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน ในวันแรกมารับบริการ (T1) วันจำหน่าย (T2) หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ (T3) หลังจำหน่าย 1 เดือน (T4) และหลังจำหน่าย 3 เดือน (T5)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลด้วย One Way Repeated Measures ANOVA และ Friedman test และวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย Bonferroni และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 56 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 มีอายุตั้งแต่ 33-86 ปี มีอายุเฉลี่ย 59.46 ปี (SD = 11.77) ร้อยละ 58.93 มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.64 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.57 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.78 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 21.43 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 30.36 รองลงมาเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 28.57 มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (PPS) ระหว่าง 40-80 เฉลี่ย 56.43

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

(SD= 9.03) โดยมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับ 60 มากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับ 50 ร้อยละ 25.00

2.ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

2.1คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในวันแรกรับบริการ (T1) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 67.57 (SD=11.67) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ในระยะ T2, T3 และ T4 เป็น 79.27 (SD=12.28), 80.23 (SD=12.26) และ 80.88 (SD=12.25) ตามลำดับ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยคงที่ในระยะ T5 = 80.70 (SD=12.45) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง T1, T2, T3, T4 และ T5 ด้วยสถิติ One Way Repeated Measures ANOVA พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่ (ตารางที่ 1)

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Bonferroni พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในระยะ T2, T3, T4 และ T5 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าระยะ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .000$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ระหว่าง T1, T2, T3, T4 และ T5 ด้วยสถิติ One Way Repeated Measures ANOVA (n= 56)

Source	SS	df	MS	F	Sig
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	7308.729	1.613	4532.235	60.857	0.000
ความคลาดเคลื่อน	6605.271	88.694	74.473		

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแต่ละช่วงเวลาเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni (n= 56)

คุณภาพชีวิต	Mean Difference	Std. Error	p-value
วันแรก - วันจำหน่าย	-11.696	1.476	0.000
หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์	-12.661	1.525	0.000
หลังจำหน่าย 1 เดือน	-13.304	1.476	0.000
หลังจำหน่าย 3 เดือน	-13.125	1.476	0.000
วันจำหน่าย - หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์	-0.964	0.466	0.434
หลังจำหน่าย 1 เดือน	-1.607	0.684	0.224
หลังจำหน่าย 3 เดือน	-1.429	0.710	0.491
หลังจำหน่าย 1สัปดาห์ - หลังจำหน่าย 1เดือน	-0.643	0.421	1.000
หลังจำหน่าย 3เดือน	-0.464	0.672	1.000
หลังจำหน่าย 1 เดือน - หลังจำหน่าย 3 เดือน	0.179	0.44	1.000

2.2 อาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

กลุ่มตัวอย่างมีอาการรบกวนที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย ร้อยละ 83.90 ไม่สบายกายและใจ ร้อยละ 73.20 วิตกกังวล ร้อยละ 71.40 ปวด ร้อยละ 67.90 และเบื่ออาหาร ร้อยละ 64.30 ตามลำดับ ดังนี้

ปวด ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ 2.02 (SD=2.00) ส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 44.60 ปวดระดับมากเพียง ร้อยละ 1.80 และไม่มีอาการปวดถึงร้อยละ 32.10 ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดลดลงอยู่ที่ 1.05 (SD=1.20) และมีระดับความรุนแรงของอาการปวดลดลง ไม่มีอาการปวดร้อยละ 46.60 ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 51.80 และไม่พบระดับมาก ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดลดลงอยู่ที่ 0.82 (SD=1.19) และไม่มีอาการปวดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 58.90 และไม่พบอาการปวดระดับมาก ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอยู่ที่ 0.91 (SD=1.20)) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีอาการปวด ร้อยละ 53.60 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 42.90 และไม่พบอาการปวดระดับมาก ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดลดลงอยู่ที่ 0.70 (SD=0.93) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีอาการปวด (ร้อยละ 57.10) และไม่พบอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก (ดังตารางที่ 3)

อ่อนเพลีย ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนเพลีย 2.27 (SD=1.52) ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 69.60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.50 ระดับมาก ร้อยละ 1.80 และไม่มีอาการ ร้อยละ 16.10 ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนเพลียลดลง 1.71 (SD=1.59) มีความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 71.40 มีอาการระดับมากคงที่ ร้อยละ 1.80 และไม่มีอาการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.60 ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนเพลียลดลงเหลือ 1.36 (SD=1.18) และมีระดับความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 69.60 และไม่มีอาการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25.00 ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอ่อนเพลีย 1.59 (SD=1.16) ไม่มีอาการอ่อนเพลียร้อยละ 19.60 ส่วนใหญ่มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 75.00 และไม่มีอาการระดับมากเลย ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอ่อนเพลียคงที่อยู่ที่ 1.63 (SD=1.81) และ ร้อยละ 23.20 ไม่มีอาการ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.40 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่มีอาการระดับมากเลย (ดังตารางที่ 3)

คลื่นไส้ ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ 0.39 (SD=1.19) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.90 ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 12.50 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.18 และระดับมากเพียงร้อยละ 1.80 ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ลดลง 0.21 (SD=0.59) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.70 ไม่มีอาการ มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 14.30 และไม่พบระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ลดลง 0.14 (SD=0.52) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.10 ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 8.90 และไม่พบระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ 0.21 (SD=0.80)) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.10 ไม่มีอาการ มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 7.10 และไม่พบระดับมาก ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคลื่นไส้ 0.18 (SD=0.51) ร้อยละ 87.50 ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีระดับเล็กน้อยเพียง ร้อยละ 12.50 และไม่พบอาการระดับปานกลางและระดับมาก (ดังตารางที่ 3)

ซึมเศร้า ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า 0.09 (SD=0.35)) ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.90 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีระดับเล็กน้อย ร้อยละ 7.10 ไม่พบอาการระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลง 0.05 (SD=0.23) ร้อยละ 94.60 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 5.40 และไม่พบ

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

อาการระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงเหลือน้อยมาก 0.02 (SD=0.13) ร้อยละ 98.20 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการระดับเล็กน้อยร้อยละ 1.80 และไม่พบระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 0.12 (SD=0.43) ร้อยละ 91.10 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีระดับเล็กน้อยร้อยละ 8.90 และไม่พบระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าคงที่ 0.11 (SD=0.49) ร้อยละ 94.60 ไม่มีอาการ ร้อยละ 5.40 มีอาการระดับเล็กน้อย ไม่พบระดับปานกลางและระดับมาก (ดังตารางที่ 3)

วิตกกังวล ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยวิตกกังวล 1.70 (SD=1.50) ร้อยละ 28.60 ไม่มีอาการ ร้อยละ 57.10 มีระดับเล็กน้อย และไม่พบระดับมาก ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยวิตกกังวลลดลง 1.07 (SD=1.20) ร้อยละ 44.60 ไม่มีอาการวิตกกังวล ร้อยละ 50.00 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่พบอาการระดับมาก ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยวิตกกังวลลดลง 0.95 (SD=1.10) ร้อยละ 51.80 ไม่มีอาการ ร้อยละ 46.40 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่พบอาการระดับมาก ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยวิตกกังวลลดลงอีกเหลือ 0.46 (SD=0.81) ร้อยละ 69.60 ไม่มีอาการ ร้อยละ 30.40 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่พบอาการระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยวิตกกังวลคงเดิมที่ 0.46 (SD=0.91) ร้อยละ 75.00 ไม่มีอาการ ร้อยละ 25.00 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่พบอาการระดับปานกลางและระดับมาก (ดังตารางที่ 3)

ง่วงซึม ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยง่วงซึมอยู่ที่ 0.46 (SD=1.10) ร้อยละ 78.60 ไม่มีอาการ ร้อยละ 17.90 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่พบอาการระดับมาก ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยง่วงซึมลดลง 0.38 (SD=0.84) ร้อยละ 78.90 ไม่มีอาการ ร้อยละ 19.60 มีระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.80 มีระดับปานกลาง และไม่พบอาการระดับมาก ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยง่วงซึม 0.36 (SD=0.80) ร้อยละ 98.20 ไม่มีอาการ ร้อยละ 1.80 มีระดับเล็กน้อย และไม่พบอาการระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยง่วงซึม 0.57 (SD=0.95) ร้อยละ 67.90 ไม่มีอาการ ร้อยละ 32.10 มีอาการระดับเล็กน้อย และไม่พบระดับปานกลางและระดับมาก ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยง่วงซึม 0.79 (SD=1.20) ร้อยละ 67.90 ไม่มีอาการ ร้อยละ 30.40 มีระดับเล็กน้อย และไม่พบระดับมาก (ดังตารางที่ 3)

เบื่ออาหาร ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเบื่ออาหาร 1.45 (SD=1.62) ร้อยละ 37.70 ไม่มีอาการ ร้อยละ 53.60 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 5.00 มีระดับปานกลาง และร้อยละ 1.80 มีระดับรุนแรง ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเบื่ออาหารลดลง 0.89 (SD=1.19) ร้อยละ 55.40 ไม่มีอาการ ร้อยละ 42.90 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.80 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเบื่ออาหารลดลง 0.59 (SD=0.91) ร้อยละ 64.30 ไม่มีอาการ ร้อยละ 37.70 มีระดับเล็กน้อย และไม่พบระดับปานกลางและระดับรุนแรง ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเบื่ออาหารเพิ่มขึ้นที่ 1.11 (SD=1.17) ร้อยละ 41.10 ไม่มีอาการ ร้อยละ 55.40 มีระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเบื่ออาหารเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 1.38 (SD=1.40) ร้อยละ 33.90 ไม่มีอาการ ร้อยละ 57.10 มีระดับเล็กน้อย ร้อยละ 8.90 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง (ดังตารางที่ 3)

ไม่สบายกายและใจ ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สบายกายและใจ 2.04 (SD=1.63) ร้อยละ 26.80 สบายกายและใจดี ร้อยละ 55.40 ไม่สบายกายและใจระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.90 รู้สึกระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยไม่สบายกายและใจ 1.54 (SD=1.44) ร้อยละ 76.80 รู้สึกสบายกายและใจดี ร้อยละ 19.60 ไม่สบายกายและใจระดับเล็กน้อย และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยไม่สบายกาย

และใจ 1.30 (SD=1.35) ร้อยละ 39.30 สบายกายและใจดี ร้อยละ 50.00 ไม่สบายกายและใจระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10.70 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยไม่สบายกายและใจ 1.54 (SD=1.26) ร้อยละ 32.10 สบายกายและใจดี ร้อยละ 62.50 มีระดับเล็กน้อย ร้อยละ 5.40 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยไม่สบายกายและใจ 1.39 (SD=1.40) ร้อยละ 37.50 สบายกายและใจดี ร้อยละ 53.60 มีระดับเล็กน้อย ร้อยละ 8.90 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง (ดังตารางที่ 3)

เหนื่อยหอบ ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเหนื่อยหอบ 0.77 (SD=1.44) ร้อยละ 67.90 ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 28.80 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60 มีระดับปานกลาง และร้อยละ 1.80 มีอาการระดับรุนแรง ระยะ T2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเหนื่อยหอบ 0.48 (SD=1.03) ร้อยละ 78.80 ไม่มีอาการ ร้อยละ 19.60 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเหนื่อยหอบ 0.43 (SD=0.91) ร้อยละ 75.00 ไม่มีอาการ ร้อยละ 21.40 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเหนื่อยหอบ 0.61 (SD=1.07) ร้อยละ 69.60 ไม่มีอาการ ร้อยละ 26.80 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง ระยะ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเหนื่อยหอบอยู่ที่ 0.66 (SD=1.10) ร้อยละ 69.60 ไม่มีอาการ ร้อยละ 30.40 มีอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.80 มีระดับปานกลาง และไม่พบระดับรุนแรง (ดังตารางที่ 3)

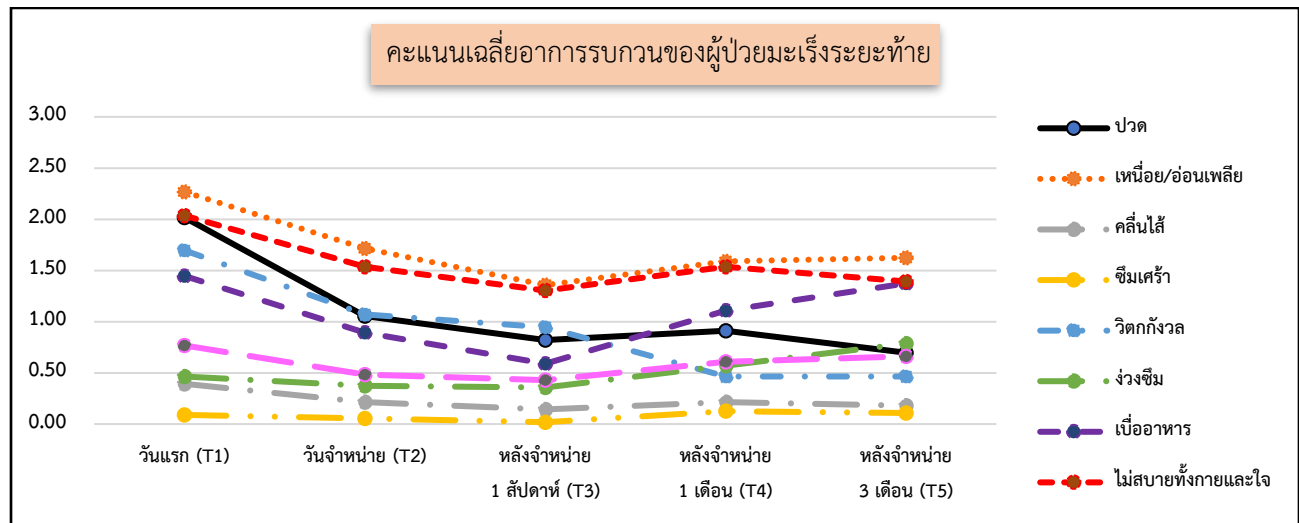
ตารางที่ 3 แสดงระดับความรุนแรง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการรบกวน ระหว่าง T1, T2, T3, T4 และ T5 (n=56)

Symptom	T1	T2	T3	T4	T5
	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)
ปวด	2.02(2.00)	1.05(1.20)	0.82(1.19)	0.91(1.20)	0.70(0.93)
ไม่มีอาการ	32.10	46.40	58.90	53.60	57.10
เล็กน้อย	44.60	51.80	37.50	42.90	42.90
ปานกลาง	21.40	1.80	3.60	3.60	-
มาก	1.80	-	-	-	-
อ่อนเพลีย	2.27(1.52)	1.71(1.59)	1.36(1.18)	1.59(1.16)	1.63(1.18)
ไม่มีอาการ	16.10	19.60	25.00	19.60	23.20
เล็กน้อย	69.60	71.40	69.60	75.00	71.40
ปานกลาง	12.50	7.10	5.40	5.40	5.40
มาก	1.80	1.80	-	-	-
คลื่นไส้	0.39(1.19)	0.21(0.59)	0.14(0.52)	0.21(0.80)	0.18(0.51)
ไม่มีอาการ	83.90	85.70	91.10	91.10	87.50
เล็กน้อย	12.50	14.30	8.90	7.10	12.50
ปานกลาง	1.80	-	-	1.80	-

Symptom	T1	T2	T3	T4	T5
	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ $\bar{X}$ (SD)
มาก	1.80	-	-	-	-
ซึมเศร้า	0.09(0.35)	0.05(0.23)	0.02(0.13)	0.12(0.43)	0.11(0.49)
ไม่มีอาการ	92.90	94.60	98.20	91.10	94.60
เล็กน้อย	7.10	5.40	1.80	8.90	5.40
ปานกลาง	0	0	0	0	0
มาก	0	0	0	0	0
วิตกกังวล	1.70(1.50)	1.07(1.20)	0.95(1.10)	0.46(0.81)	0.46(0.91)
ไม่มีอาการ	28.60	44.60	51.80	69.60	75.00
เล็กน้อย	57.10	50.00	46.40	30.40	25.00
ปานกลาง	14.30	5.40	1.80	0	0
มาก	0	0	0	0	0
ง่วงซึม	0.46(1.10)	0.38(0.84)	0.36(0.80)	0.57(0.95)	0.79(1.20)
ไม่มีอาการ	78.60	78.90	98.20	67.90	67.90
เล็กน้อย	17.90	19.60	1.80	32.10	30.40
ปานกลาง	3.60	1.80	0	0	1.80
มาก	0	0	0	0	0
เบื่ออาหาร	1.45(1.62)	0.89(1.19)	0.59(0.91)	1.11(1.17)	1.38(1.40)
ไม่มีอาการ	35.70	55.40	64.30	41.10	33.90
เล็กน้อย	53.60	42.90	35.70	55.40	57.10
ปานกลาง	5.00	1.80	0	3.60	8.90
มาก	1.80	0	0	0	0
ไม่สบายกายและใจ	2.04(1.63)	1.54(1.44)	1.30(1.35)	1.54(1.26)	1.39(1.40)
ไม่มีอาการ	26.80	32.10	39.30	32.10	37.50
เล็กน้อย	55.40	53.60	50.00	62.50	53.60
ปานกลาง	17.90	14.30	10.70	5.40	8.90
มาก	0	0	0	0	0
เหนื่อยหอบ	0.77(1.44)	0.48(1.03)	0.43(0.91)	0.61(1.07)	0.66(1.10)
ไม่มีอาการ	67.90	76.80	75.00	69.60	67.90
เล็กน้อย	26.80	19.60	21.40	26.80	30.40
ปานกลาง	3.60	3.60	3.60	3.60	1.80
มาก	1.80	0	0	0	0

T1= วันแรกรับบริการ T2= วันจำหน่าย T3= หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ T4= หลังจำหน่าย 1 เดือน T5= หลังจำหน่าย 3 เดือน

สรุป อาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ ปวด คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล และไม่สบายกายและใจ จากระยะ T1-T2 กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการเหล่านี้ลดลง หลังจากระยะ T2, T3 T4 และในระยะ T5 มีแนวโน้มความรุนแรงของอาการคงที่ ยกเว้นอ่อนเพลีย ง่วงซึม เบื่ออาหาร และเหนื่อยหอบที่มีแนวโน้มความรุนแรงของอาการลดลงจากระยะ T1, T2 และ T3 แต่เริ่มมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นในระยะ T4 และ T5 (ดังรูปที่ 1)



รูปที่ 1 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง T1, T2, T3, T4, T5

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการปวด คลื่นไส้ ซึมเศร้า อ่อนเพลีย วิตกกังวล ง่วงซึม ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในระยะ T1, T2, T3, T4 และ T5 ด้วยสถิติ Friedman test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการปวด อ่อนเพลีย วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอาการคลื่นไส้ ซึมเศร้า และเหนื่อยหอบไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ระหว่าง T1, T2, T3, T4, T5 โดยใช้สถิติ Friedman test (n=56)

Symptom	Mean Rank					Chi square value	p-value
	T1	T2	T3	T4	T5		
ปวด	3.79	3.11	2.76	2.85	2.50	34.65	.000*
อ่อนเพลีย	3.74	2.88	2.49	2.90	2.98	26.44	.000*
คลื่นไส้	3.14	3.06	2.91	2.92	2.96	3.87	.423
ซึมเศร้า	3.04	2.99	2.90	3.07	3.00	3.48	.481
วิตกกังวล	3.76	3.31	3.12	2.40	2.41	50.47	.000*
ง่วงซึม	2.84	2.80	2.83	3.11	3.42	15.68	.003*

Symptom	Mean Rank					Chi square value	p-value
	T1	T2	T3	T4	T5		
เบื่ออาหาร	3.32	2.87	2.40	3.06	3.35	18.42	.001*
ไม่สบายกายและใจ	3.54	3.01	2.77	2.93	2.75	14.08	.007*
เหนื่อยหอบ	3.23	2.88	2.81	3.02	3.05	7.40	.116

T1= วันแรกมารับบริการ T2= วันจำหน่าย T3= หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ T4= หลังจำหน่าย 1 เดือน T5= หลังจำหน่าย 3 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการรบกวนเป็นรายคู่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมด้วย Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการปวดมากกว่าทุกช่วงเวลาของการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 เช่นเดียวกันอาการอ่อนเพลีย พบว่า ในระยะ T1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอ่อนเพลียมากกว่าทุกช่วงเวลาของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนวิตกกังวลในระยะ T2, T3, T4 และ T5 น้อยกว่าคะแนนวิตกกังวลในระยะ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระยะ T4 และ T5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนวิตกกังวลน้อยกว่าระยะ T2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$ และ $p = .005$ ตามลำดับ) และระยะ T4 และ T5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการวิตกกังวลน้อยกว่า ระยะ T3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $p = .002$ ตามลำดับ)

ง่วงซึม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการง่วงซึมในระยะ T5 น้อยกว่าวันจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .023$) และคะแนนอาการง่วงซึมในระยะ T4 และ T5 น้อยกว่าระยะ T3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .042$ และ $p = .005$ ตามลำดับ) และคะแนนอาการง่วงซึม ระยะ T5 น้อยกว่า ระยะ T4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$)

เบื่ออาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเบื่ออาหารในระยะ T2 และระยะ T3 น้อยกว่า ในระยะ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .035$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) และคะแนนอาการเบื่ออาหารของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะ T5 น้อยกว่าระยะ T2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .030$) ระยะ T4 และระยะ T5 มีคะแนนเบื่ออาหารน้อยกว่าระยะ T3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$ และ $p = .000$ ตามลำดับ)

ไม่สบายกายและใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่สบายกายและใจ ระยะ T2, T3, และ T5 น้อยกว่าระยะ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .025$, $p = .004$, $p = .018$ และ $p = .017$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง ด้านคุณภาพชีวิต ในวันแรกมารับบริการ (T1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง หลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองจาก หออภิบาลคุณภาพชีวิตในวันจำหน่าย (T2) หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ (T3) หลังจำหน่าย 1 เดือน (T4) และหลังจำหน่าย 3 เดือน (T5) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นเป็นระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละระยะ การประเมิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพเพิ่มมากขึ้น มากกว่าวันแรกเข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการรบกวนทุกอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยในทุกระยะของการประเมิน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของอาการรบกวนในแต่ละระยะของการประเมิน พบว่า คะแนนอาการปวด อ่อนเพลีย วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และไม่สบายกายและใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ อาการคลื่นไส้ ชี้น้คร้ำ และ เหนื่อยหอบไม่แตกต่างกัน ($p = 0.423$, $p = 0.481$, $p = 0.116$ ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองของ หอพยาบาลคุณภาพชีวิต มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนตาม Care map 14 days ประกอบด้วย ช่วงแรก ในวันที่ 1-3 เป็นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค เป้าหมายในการรักษา ปัญหาและความต้องการทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยและ ครอบครัว ช่วงที่ 2 ในวันที่ 4-11 เป็นการจัดการอาการรบกวน และเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ช่วงที่ 3 ในวันที่ 12-14 เป็นการประเมินความพร้อมในด้านทักษะ อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่แบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อจัดการกับปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดย พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งยังมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน และเมื่อกลับบ้าน โรงพยาบาลยังมีการประสานเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ของผู้ป่วย การดูแลภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลที่มีการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวขอความช่วยเหลือได้ ตลอด 24 ชั่วโมง จึงช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายสามารถจัดการอาการรบกวนได้และช่วยให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

ด้านอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ของหอพยาบาลคุณภาพชีวิต เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนที่เกิดขึ้น โดยทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งยังมีความต่อเนื่องในการดูแลและจัดการอาการตั้งแต่ที่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน การให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้าน อาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรกที่เข้ารับบริการ โดยเฉพาะการควบคุมอาการปวด ซึ่งโรงพยาบาลให้ความสำคัญในการดูแลควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รวมทั้งการเข้าถึงยาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Analgesics) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายสามารถควบคุมอาการปวดได้ดีและมีอาการปวดระดับเล็กน้อยและลดลง ตลอดระยะเวลาที่ประเมิน ส่งผลให้ให้อาการรบกวนต่างๆ มีความรุนแรงระดับเล็กน้อยในทุกระยะของการประเมิน และมีอาการลดลงจากวันแรกที่เข้ารับบริการ สอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลยโสธร (นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ นาถฤดี สุทธิสริ และสุณิสา ชื่นตา, 2563) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (สุกัญญา วิริยโกศล และกัญญ์ธีรา วงษ์สุวรรณ 2560) และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่บ้าน (สมประสงค์ นักขัตตระ, 2564) พบว่า สามารถจัดการ ความปวดของผู้ป่วย โดยลดปวดจากระดับรุนแรงเป็นระดับปานกลางได้ และสนับสนุนการประเมินผลลัพธ์ด้านการจัดการ อาการรบกวนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน (วิภาวี เกตุวัง, 2562) โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช (วาสนา สวัสดิ์ตินุณาท และคณะ, 2558) และผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (สุณิฎดา คชนทร์ชัย และมูจกรินทร์ อัสวพัฒน์, 2564) พบว่า อาการรบกวน ได้แก่ อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ วิตกกังวล และ ไม่สบายกายและใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อเปรียบเทียบกับวันแรกรับบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมากกว่าวันแรกรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของภิญโญ อุทธิยา และคณะ (2561) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้ายในชุมชน พบว่า คุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในเดือนที่ 3 ของการดูแลแบบประคับประคอง (Yang, et al., 2014) และผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยพยาบาลเฉพาะทางมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และด้านจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Dyar, et al., 2012) แต่จากผลการวิจัยยังพบว่า อาการคลื่นไส้ ชี้น้ำและเหนื่อยหอบไม่แตกต่างกัน เนื่องจากตลอดช่วงของการประเมินกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบอาการคลื่นไส้ และชี้น้ำหรือพบอยู่ในระดับเล็กน้อยจึงทำให้ผลการวิจัยไม่แตกต่างกัน ส่วนอาการเหนื่อยหอบ พบว่ามีแนวโน้มอาการเพิ่มขึ้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.57 เป็นมะเร็งปอดและพบเป็นอันดับ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งการลุกลามของโรคที่แพร่กระจายไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยลง และเกิดอาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้นด้วย (Lavdaniti et al., 2018)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ควรติดตามช่วยเหลือในการจัดการอาการรบกวนอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะอาการเหนื่อยหอบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายคงคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลที่ได้จากการศึกษานำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผลลัพธ์ในการดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นต่อไป
2. ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาต่อยอดในการสร้างโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อไป
3. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564*.
<https://www.spd.moph.go.th>.
- เจษฎาภรณ์ อิก้าเหน็ด จินดารัตน์ ชัยอาจ และวราวรรณ อุดมความสุข. (2563). การลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 47(1), 164-174.
- นภา ทวีรธรรมกุล สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 21(1), 82-95.

- นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ นาถฤดี สุลีสิทธิ์ และสุนิสา ชื่นตา. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(2), 36-45.
- ภิญโญ อุทธิยา ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ พัทธราภรณ์ เกิดมงคล และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(3), 371-384.
- มณฑนา จิระกังวาน และศิริรัตน์ จันตรี. (2561). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไว้รอยต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(2), 70-83.
- วาสนา สวัสดิ์นันทนา อมรพันธุ์ ธาณรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 144-156.
- สุกัญญา วิริยโกศล และกัญญ์ธีรา วงษ์สุวรรณ. (2560). ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสุโขทัยสู่เครือข่ายชุมชน อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(4), 759-769.
- สุนันดา เชนทอร์ชัย และมุจจรินทร์ อัสวพัฒน์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(3), 27-36.
- สุนิดา เทียงแก้ว และประทีป สุสิทธิ์. (2561). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 88-96.
- สุพัตรา คงปลอด นิตยาศักดิ์ สุภา และทิวา เกียรติปานอภิกุล. (2565). ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 18(1), 69-85.
- สมประสงค์ นักขัตตระ. (2564). การศึกษาความชุกของอาการปวดและผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายหน่วยระบบบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(2), 182-191.
- Bausewein, C., Daveson, A., Currow, C., Downing, J., Deliens, L., Radbruch, L., Defilippi, K., Ferrira, L., Costantini, M., Harding, C., & Higginson, J. (2016). EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. *Palliative medicine*, 30(1), 6-22.
- Dionne-Odom, N., Azuero, A., Lyons, D., Hull, G., Tosteson, T., Li, Z., Li, Z., Frost, J., Dragnev, H., Akyar, I., Hegel, T., & Bakitas, A. (2015). Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13), 1446-52. doi: 10.1200/JCO.2014.58.7824.

- Dyar, S., Lesperance, M., Shannon, R., Sloan, J., & Colon-Otero, G. (2012). A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 890–95. doi: 10.1089/jpm.2012.0014.
- International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). (2019). Palliative care definition. [Internet]. [cited 2022 July 1]. Available from: Consensus-Based Definition of Palliative Care (2019) - International Association for Hospice & Palliative Care (hospice care.com).
- Lavdaniti, M., Fradelos, C., Troxoutsou, K., Zioga, E., Mitsi, D., Alikari, V., & Zyga, S. (2018). Symptoms in advanced cancer patients in a Greek hospital: a descriptive study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(4), 1047-52. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.4.1047.
- McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., Lazenby, M., Reid, A., Davies, M., Viveiros, D., & Gettinger, S. (2015). An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidisciplinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18(11), 962–69. doi: 10.1089/jpm.2015.0113.
- World Health Organization. (2021). Global Cancer Observatory. [Internet]. [cited 2022 July 1]. Available from: <https://gco.iarc.fr>.
- Yang, L., Liu, L., Wang, X., Wang, Y., & Wang, L. (2014). Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: a cross-sectional study. *PloS one*, 9(4), 94804.