

Effects of Case Management Program for Older Adults with End Stage Cancer in the Community

Pinyo Utthiya* Kwanjai Amnatsatsue** Patcharaporn Kedmongkol** Phichai Chansriwong***

ABSTRACT

Cancer can cause patients physical and mental stress, so a quasi-experimental pretest-posttest study was conducted to evaluate the effects of a case management program on older adults with end stage cancer. A total of 60 older adults, registered at the Home Health Care Unit, Ramathibodi Hospital from February, 2017 to May 2017 were randomly assigned to an experimental or comparison group 30 subjects each group. Those from the experimental group received a case management program consisting of health education regarding disease and end of life care, skill development for symptom management, supportive self-care, home visits, and telephone follow-up. The comparison group received standard home health care. The Pair T-test and Independent T-test, revealed the experimental group had no significantly different mean scores regarding quality of

life than before the experiment. However, mean scores concerning social/family well-being and emotional well-being were higher than before the experiment and higher than that of the comparison group ($p < 0.001$). Moreover, the experimental and comparison groups had higher mean ESAS scores than before the experiment, but without significant difference between groups. Furthermore, the experimental group exhibited fewer depressive and anxiety symptoms than before the experiment and fewer than the comparison group ($p < 0.05$). These findings could be applied to develop a multidisciplinary care plan for older adults with end stage cancer in a community to improve their quality of life and decrease their discomfort.

Keywords: older adults, end stage cancer, case management

J Public Health 2018; 48(3): 371-384

Article info: Received March 12, 2018; Revised June 14, 2018; Accepted June 14, 2018.

Correspondence: Kwanjai Amnatsatsue, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, 10400. THAILAND. E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.th

* Graduate student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

** Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

*** Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก เนื่องจากอุบัติการณ์ ความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden of Disease) ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹ และจากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016 พบว่า ในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน และคาดว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน² โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่า ในปี ค.ศ. 2030 ประชากรสูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในอัตราส่วนถึง 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น³ สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน⁴

โรคมะเร็งจะมีการดำเนินของโรคต่อเนื่องจนเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ผู้ป่วยจะมีการทรุดลงและมักเสียชีวิตใน 6 เดือนถึง 1 ปี และการดำเนินของโรคในระยะสุดท้ายจะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักจะมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้นการจัดการในระยะนี้ควรเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย ส่งเสริมความสบายทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁵ จากการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของ

Ozcelik, Fadiloglu, Karabulut, & Uyar⁶ พบว่าการสอนให้ความรู้ และให้คู่มือการจัดการอาการไม่สบายทำให้ผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีตามแผนการดูแล (Care Plan) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่พบว่า การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนน้อย และการศึกษาเบื้องต้นจากข้อมูลของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นกลุ่มประชากรวัยสูงอายุซึ่งพบมากถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ นอกจากนี้ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มักมีอาการร่วมกันหลายอาการ มีการดำเนินของโรคที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว อาการไม่สบายมาก และระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่ออาการไม่สบายและคุณภาพชีวิต ตลอดจนเพื่อให้มีแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน และมีเครื่องมือในการติดตามอาการและประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีเป้าหมาย คือ การลดอาการไม่สบายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน มีคะแนน



อาการไม่สุขสบายต่ำกว่าและคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน มีคะแนนอาการไม่สุขสบายต่ำกว่าและคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ส่งต่อมายังบริการหน่วยพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ Power Analysis จากค่า Effect Size⁵ ที่ได้จากการศึกษาของ Ozcelik, Fadiloglu, Karabulut, & Uyar⁶ เรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง คำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 5 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ (Random Assignment) โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก และทำการ Single Blind กลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย และมีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Performance Scale) ร้อยละ 40-80 2) มีการรับรู้ปกติ ประเมินด้วยแบบทดสอบสุขภาพจิตจุฬา⁹ มีระดับคะแนน ≥ 15 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย 4) อาศัยอยู่ในชุมชนกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 1 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ในระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีสติสัมปชัญญะลดลงด้วยการดำเนินของโรค หรือสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ทำให้ขาดความสามารถในการตัดสินใจในการตอบคำถาม 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test (CMT)) เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁹ โดยมีการประเมินด้านความจำเกี่ยวกับบุคคล เวลา สิ่งของ และด้านการตัดสินใจ การปฏิบัติตามคำสั่ง และการคิดคำนวณ มีทั้งหมด 19 คำถาม

1.2 แบบประเมินของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale (PPS)) พัฒนาโดย Victoria hospice society, Canada แปลเป็นภาษาไทยโดย บุษยามาศ ชิวสกุลยง¹⁰ เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และใช้ประเมินการพยากรณ์โรค มีการแบ่งระดับทั้งหมด

11 ระดับ ตั้งแต่ร้อยละ 100 ลงไปถึงร้อยละ 0 โดยคะแนนน้อยแสดงถึงความสามารถการดูแลตนเองน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 3 ชนิด ได้แก่

2.1 โปรแกรมการจัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary Model Health-related Quality of Life ที่ปรับปรุงโดย Ferrans และคณะ¹¹ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหากิจกรรมดังนี้ 1) มีการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและการดำเนินของโรคและการสอนสาธิตทักษะการจัดการอาการของโรค การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1, 2) การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2, และ 3) โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 4

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบระดับประคองที่บ้าน เนื้อหาประกอบไปด้วย สาเหตุอาการไม่สุขสบายและการจัดการอาการไม่สุขสบาย การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะประคองที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคู่มือในสัปดาห์ที่ 1

2.3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Care Plan) แผนการดูแลสร้างมาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary model health-related quality of life ที่ปรับปรุงโดย Ferrans และคณะ¹¹ ร่วมกับการจัดการรายกรณีและองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพัฒนาแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร และนักโภชนาการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ, 2) แบบประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS) พัฒนาโดย Edmonton¹² ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ ESAS ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย มณฑารัตน์ จินดา ดาริน จารุพัฒน์พร อัลเบิร์ต เคอเซน และอุดมพร อุดมทรัพย์กุล¹³ ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดของแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการและ 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และความเชื่อมั่นเชิงเนื้อหาโดยรวมของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.73, และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G Version 4) พัฒนาโดย David Cella¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกเครื่องมือ FACT-G version 4 ฉบับแปลภาษาไทยโดย วรชัย รัตนธรรมาและคณะ¹⁵ มี 27 ข้อ 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจทางด้านอารมณ์ (6 ข้อ) การทำหน้าที่ (7 ข้อ) ด้านร่างกาย (7 ข้อ) และด้านสังคม (7 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) (0 = ไม่มีเลย) (4 = มีอาการมากที่สุด) ซึ่งมีค่าความตรง 1.00 และความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75



วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สร้างทีม และร่วมจัดทำ Care Plan ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ จัดทำคู่มือ และเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยผู้ช่วยวิจัยจะช่วยในการทำ Pretest และ Posttest แบบสอบถาม หลังจาก

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามเอกสารการรับรองหมายเลข 2560/26 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2560 มีการดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparing of Intervention for Comparison and Experimental Group.

Week	Intervention	
	Comparison Group	Experimental Group
1	Pre-test: Symptoms and functional assessment	Pre-test: Symptoms and functional assessment Supportive educative program: - cancer and the end of life care - symptoms management and skill development (about 30 minutes) - self-care support - received a handbook of end of life care for older adults with end stage cancer
2	Home visit by home visit nurses (about 40 minutes)	Home visit by the care management team using care plan (about 60 minutes)
3 and 4	-	Telephone follow-up once a week (about 5-10 minutes)
5	Post-test	Post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะประชากรระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square Test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความไม่สุขสบาย (ESAS score)

และคะแนนคุณภาพชีวิต (FACT-G version 4) ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired Sample T-test และ Independent T-test

ผลการศึกษา

ภายหลังการทดลอง จำนวนของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเหลือ 27 คน และ 28 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 91.67 โดยเสียชีวิตระหว่างการศึกษาศึกษา 3 คน และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของอัตราการออกกระหว่างการศึกษาศึกษา ผลการวิจัยเป็นดังนี้

1. คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะประชากรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน ($p>0.05$) อายุเฉลี่ย 69.16 (± 7.63) ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30.91 และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.36 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด

เป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ โรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่มีการแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะต่าง ๆ ร้อยละ 92.73 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมา คือ การให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 16.37

2. อาการไม่สุขสบายและคุณภาพชีวิต

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีอาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และอาการอ่อนเพลียเป็น 3 อันดับที่มีคะแนนสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่ในรายด้านพบว่า อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p<0.001$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) และ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 2

Table 2 Comparing of Mean Scores of ESAS Score Between and Within Groups Before and After the Experiment. (N=55)

ESAS score	Experimental Group (n=27) Mean (SD)	Comparison Group (n=28) Mean (SD)	t	p
Appetite				
Pre experiment	7.30(1.77)	7.39(2.83)	-1.51	.881
Post experiment	7.93(1.99)	8.14(2.31)	-3.72	.711
t	-2.27	-2.49		
p	.032	.027		
Wellbeing				
Pre experiment	5.37(1.14)	5.39(1.10)	-.074	.941
Post experiment	6.18(1.44)	6.74(1.73)	-1.36	.181
t	-2.84	-4.10		
p	<.001	.19		



Table 2 Comparing of Mean Scores of ESAS Score Between and Within Groups Before and After the Experiment. (N=55) (cont.)

ESAS score	Experimental Group (n=27) Mean (SD)	Comparison Group (n=28) Mean (SD)	t	p
Tiredness				
Pre experiment	5.14(1.18)	5.39 (2.08)	.03	.975
Post experiment	6.37(1.47)	6.93(2.12)	-1.13	.264
t	-1.47	-4.55		
p	.152	<.001		
Pain				
Pre experiment	4.11(1.01)	4.25(3.36)	-.21	.838
Post experiment	4.48(1.45)	5.29(3.21)	-1.91	.239
t	-1.47	-6.95		
p	.152	.005		
Shortness of breath				
Pre experiment	2.85(1.75)	2.93(2.93)	-.12	.907
Post experiment	3.78(1.89)	3.89(2.15)	-.211	.834
t	-3.23	-5.93		
p	.003	.008		
Drowsiness				
Pre experiment	2.59(1.36)	2.57(1.23)	.06	.952
Post experiment	3.48(1.97)	3.54(1.52)	-.114	.909
t	-2.93	-2.34		
p	.007	<.001		
Anxiety				
Pre experiment	4.48(1.05)	4.96(1.37)	-1.5	.145
Post experiment	2.96(1.51)	4.70(1.27)	-.446	<.001
t	7.51	-3.71		
p	<.001	.403		

Table 2 Comparing of Mean Scores of ESAS Score Between and Within Groups Before and After the Experiment. (N=55) (cont.)

ESAS score	Experimental Group (n=27) Mean (SD)	Comparison Group (n=28) Mean (SD)	t	p
Depression				
Pre experiment	3.56(1.25)	3.50(1.64)	.14	.889
Post experiment	2.74(1.29)	3.57(1.57)	-2.14	.037
t	4.59	-2.46		
p	<.001	.810		
Nausea				
Pre experiment	1.04(1.22)	1.00(1.19)	.11	.838
Post experiment	1.37(1.54)	1.83(.863)	-1.34	1.86
t	-2.79	-3.66		
p	.011	<.001		
Total				
Pre experiment	36.70(5.51)	37.21(5.74)	-.34	.738
Post experiment	39.85 (1.06)	43.75(6.11)	-1.82	.075
t	-2.34	-3.02		
p	.027	<.001		

3. ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม ($p>0.05$) แต่คะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่า รายด้านคะแนนคุณภาพชีวิต

ด้านครอบครัวและสังคม และด้านอารมณ์และจิตใจ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

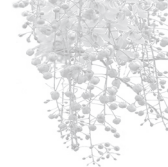


Table 3 Comparing of Mean Scores of Quality of life Between and Within Groups Before and After the Experiment. (N=55)

Quality of life	Experimental Group (n=27) Mean (SD)	Comparison Group (n=28) Mean (SD)	t	p
Physical part				
Pre experiment	13.07(2.50)	14.39(3.73)	-1.54	1.30
Post experiment	9.22(4.07)	9.68(2.51)	-.50	.617
t	4.49	8.75		
p	<.001	<.001		
Social/Family part				
Pre experiment	14.15(1.79)	14.25(2.93)	-1.55	.877
Post experiment	18.59(1.93)	14.89(2.17)	6.68	.001
t	-10.63	-1.09		
p	<.001			
Emotional part				
Pre experiment	13.30(1.75)	13.25(2.91)	.072	.944
Post experiment	19.48(1.55)	13.43(3.20)	8.86	.001
t	-11.89	-.31		
p	<.001	.283		
Functional part				
Pre experiment	13.33(1.54)	12.04(3.20)	1.90	.063
Post experiment	7.44(2.31)	8.00(1.70)	-1.02	.313
t	11.81	8.54		
p	<.001	<.001		
Total				
Pre experiment	53.85(4.34)	53.93(8.28)	-0.43	.966
Post experiment	54.74(7.44)	46.00(5.81)	4.87	.001
t	-.55	6.95		
p	.586	<.001		

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในชุมชน มีคะแนนอาการไม่สุขสบายต่ำกว่าและคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า คะแนนอาการไม่สุขสบายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากอาการไม่สุขสบายส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Corbin & Strauss¹⁶ ที่พบว่า โรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะเป็นระยะที่มีอาการด้านร่างกายที่ทรุดลง มีการดำเนินของโรคเป็นไปทางระยะเสื่อมลง ถึงแม้ว่าจะพยายามควบคุมแต่อาการก็ยังคงค่อย ๆ ทรุดลงจนกระทั่งเสียชีวิต สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลงจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลงร่วมด้วย แต่พบว่า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในอาการไม่สุขสบายลดลง คุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัวและด้านอารมณ์/จิตใจมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากโปรแกรมการจัดการรายกรณีที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary model health-related quality of life ปรับปรุงโดย Ferrans และคณะ¹¹ มาใช้พัฒนาโปรแกรม โดยกิจกรรมการส่งเสริมให้ทราบถึงโรคและการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบด้านชีวสรีระ (Biological) และสามารถวางแผนการดูแลในอนาคตได้ มีการติดตามเยี่ยมบ้านส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจจากครอบครัว และมีแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพร่วมดูแลในการจัดการอาการ (Symptom) และปัญหา

อื่น ๆ ส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Function Status) เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล¹⁷ การให้กำลังใจผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ดีขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง คุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัวและด้านอารมณ์/จิตใจสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ozcelik, Fadiloglu, Karabulut, & Uyar⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า คะแนนของอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัวและด้านอารมณ์/จิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในชุมชน มีคะแนนอาการไม่สุขสบายต่ำกว่าและคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนอาการไม่สุขสบายของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ แต่พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากอาการไม่สุขสบายส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านร่างกาย ซึ่งเหตุผลคาดว่า น่าจะมาจากเหตุผลเดียวกับสมมติฐานที่ 1 แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของอาการไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ถึงแม้จะทดสอบทางสถิติว่าไม่แตกต่างก็ตาม ส่วนด้านจิตใจพบว่า อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง



น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ ($p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งคาดว่าน่าจะมาจากเหตุผลเดียวกันกับสมมติฐานที่ 1 ที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีที่มีแผนการดูแลที่ชัดเจน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary model health-related quality of life ปรับปรุงโดย Ferrans และคณะ¹¹ ส่งผลให้จิตใจมีการรับรู้ที่ดี ทำให้อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น อาจะมาจากที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่เป็นการจัดการรายกรณีที่มีแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน มีการจัดการเรื่องโรค การจัดการอาการ และการส่งเสริมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ Ozcelik, Fadiloglu, Karabulut, & Uyar⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมครอบครัวและด้านอารมณ์จิตใจเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างด้านร่างกาย

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เกิดกับอวัยวะในหลายระบบ ในการศึกษารั้งต่อไปควรมีการกำหนดเฉพาะกลุ่มของโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งตับอ่อนมีการดำเนินของโรคค่อนข้างเร็วและยากต่อการจัดการอาการไม่สุขสบาย

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ช่วยลดอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว/สังคม และด้านจิตใจ/อารมณ์ ข้อเสนอแนะสำหรับการนำโปรแกรมฯไปประยุกต์ใช้มีดังนี้

1. สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน โดยมีการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มุ่งเน้นผลลัพธ์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนควรเน้นเนื้อหาในรูปแบบในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริมการจัดการอาการไม่สุขสบาย การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสังคม การประสานแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพในชุมชน และการโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาริบัติที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Department of Medical Services. Ministry of Public Health. Cancer register annual report 2013. Nonthaburi, 2013.
2. American Cancer Society. Nearing the end of life. Available at <http://www.cancer.org/treatment/nearingtheendoflife/nearingtheendoflife/nearing-the-end-of-life-physical-symptoms>, accessed October 30, 2016.
3. American Cancer Society. Cancer burden in the aged. *Cancer* 1997; 80: 1273-83.
4. Bureau of Policy and Strategy. Department of Medical Services. Ministry of Public Health. National cancer control programs. Nonthaburi, 2011.
5. Pirojkul S. Palliative care: What, why, when, and how? palliative care. *Journal of the Department of Medical Service* 2016; 41: 19-23.
6. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2014; 31: 655-64.
7. Ramathibodi Hospital. Home health care unit. End of life cancer report, Bangkok, 2016.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
9. Jitapankul S. Principles of geriatric medicine. 2nd ed. Chulapress: Bangkok, 1999.
10. Chewaskulyong B, Sapinun L, Dowling MG, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul A, et al. Relation and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliative Med* 2012; 26: 1043-41.
11. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273: 59-65.
12. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7: 6-9.
13. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011; 42: 954-60.
14. Cella D. QOL: Concepts and definition. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9: 186-92.

15. Ratanatharathorn V, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailamai P, et al. Quality of life, functional assessment of cancer therapy General. J Med Assoc Thai 2001; 84: 1430-42.
16. Cobin JM, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. In: P. Woog (Eds.), The chronic illness trajectory framework. New York: Springer Publishing Company; 1992.
17. Yuychim P, Niratharadorn M, Sirumpunkul P, Buaboon N. Effects of a family participation program in managing drug use behaviors among older adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. J Public Health 2018; 48: 44-56.

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

ภิญโญ อุทธิยา* ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ** พัทธราพร เกิดมงคล** พิชัย จันทร์ศรีวงศ์***

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่าง กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะการจัดการอาการไม่สบายและการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตาม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต และอาการ

ไม่สบาย ใช้สถิติ Pair T-test และ Independent T-test พบว่า หลังการทดลอง 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านสังคม/ครอบครัว และด้านจิตใจ/อารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการไม่สบายทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และ 3) กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลงและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน เพื่อคงคุณภาพชีวิตและลดอาการไม่สบาย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคมะเร็งระยะสุดท้าย, การจัดการรายกรณี

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล